

Prévention précoce et accompagnement du développement global de l'enfant de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité : quel rôle pour le médecin généraliste ? : étude qualitative par entretiens semi-dirigé

Amandine Nempont

▶ **To cite this version:**

Amandine Nempont. Prévention précoce et accompagnement du développement global de l'enfant de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité : quel rôle pour le médecin généraliste ? : étude qualitative par entretiens semi-dirigé. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03019756

HAL Id: dumas-03019756

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019756

Submitted on 23 Nov 2020

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Amandine NEMPONT

Le 18 octobre 2018

PREVENTION PRECOCE ET ACCOMPAGNEMENT DU DEVELOPPEMENT GLOBAL DE L'ENFANT DE 0 A 2 ANS PAR LE SOUTIEN A LA PARENTALITE : QUEL ROLE POUR LE MEDECIN GENERALISTE ?

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directeur de thèse : Madame le Docteur Jennifer COLLARD POLICAR

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis MORIN

Madame le Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS

Madame le Docteur Jennifer COLLARD POLICAR

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Amandine NEMPONT

Le 18 octobre 2018

PREVENTION PRECOCE ET ACCOMPAGNEMENT DU DEVELOPPEMENT GLOBAL DE L'ENFANT DE 0 A 2 ANS PAR LE SOUTIEN A LA PARENTALITE : QUEL ROLE POUR LE MEDECIN GENERALISTE ?

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directeur de thèse : Madame le Docteur Jennifer COLLARD POLICAR

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis MORIN

Madame le Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS

Madame le Docteur Jennifer COLLARD POLICAR

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie Vasculaire ; Médecine Vasculaire (option Chirurgie Vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine Légale et Droit de la Santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et Mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et Imagerie Médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-Réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie Infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et Biologie Moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-Réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Médecine Générale ; Addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie Générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, Informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie Générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie Médicale
HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie Médicale
HERISSON Christian - Médecine Physique et de Réadaptation
JABER Samir - Anesthésiologie-Réanimation
JEANDEL Claude - Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Médecine Générale ; Addictologie
JONQUET Olivier - Réanimation ; Médecine d'Urgence
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et Médecine Nucléaire
LANDAIS Paul - Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-Réanimation
LE QUELLEC Alain - Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Médecine Générale ; Addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie Cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges - Néphrologie
PELISSIER Jacques - Médecine Physique et de Réadaptation
RENARD Eric - Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques ; Gynécologie Médicale
REYNES Jacques - Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales
RIBSTEIN Jean - Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Médecine Générale ; Addictologie
RIPART Jacques - Anesthésiologie-Réanimation
ROUANET Philippe - Cancérologie ; Radiothérapie
SCHVED Jean François - Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice - Radiologie et Imagerie Médicale
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
YCHOU Marc - Cancérologie ; Radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; Transfusion
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie ; Radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédopsychiatrie ; Addictologie
BEREGI Jean-Paul - Radiologie et Imagerie Médicale
BLAIN Hubert - Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Médecine Générale ; Addictologie
BLANC Pierre - Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie
BORIE Frédéric - Chirurgie Digestive
BOULOT Pierre - Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
CAMBONIE Gilles - Pédiatrie
CAMU William - Neurologie
CANOVAS François - Anatomie
CARTRON Guillaume - Hématologie ; Transfusion
CHAMMAS Michel - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
COLSON Pascal - Anesthésiologie-Réanimation
CORBEAU Pierre - Immunologie
COSTES Valérie - Anatomie et Cytologie pathologiques
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
CYTEVAL Catherine - Radiologie et Imagerie Médicale
DADURE Christophe - Anesthésiologie-Réanimation
DAUVILLIERS Yves - Physiologie
DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
DEMARIA Roland - Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
DEMOLY Pascal - Pneumologie ; Addictologie
DEREURE Olivier - Dermatologie-vénéréologie
DROUPY Stéphane - Urologie
DUCROS Anne - Neurologie
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
KLOUCHE Kada - Réanimation ; Médecine d'Urgence
KOENIG Michel - Génétique Moléculaire
LABAUGE Pierre - Neurologie
LAFFONT Isabelle - Médecine Physique et de Réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et Histologie
LECLERCQ Florence - Cardiologie
LEHMANN Sylvain - Biochimie et Biologie Moléculaire
LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie Moléculaire
MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et Médecine Nucléaire
MATECKI Stéfan - Physiologie
MEUNIER Laurent - Dermato-Vénéréologie
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis - Pédiatrie
NAVARRO Francis - Chirurgie Générale
PAGEAUX Georges-Philippe - Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie
PETIT Pierre - Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique ; Addictologie
PERNEY Pascal - Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Médecine Générale ; Addictologie
PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; Addictologie
PUJOL Pascal - Biologie Cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane - Pédopsychiatrie ; Addictologie
QUERE Isabelle - Chirurgie Vasculaire ; Médecine Vasculaire (option Médecine Vasculaire)
SOTTO Albert - Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales
TOUITOU Isabelle - Génétique
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie
VERNHET Hélène - Radiologie et Imagerie Médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric - Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie
BERTHET Jean-Philippe - Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud - Pneumologie ; Addictologie
CANAUD Ludovic - Chirurgie Vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine - Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
CAPTIER Guillaume - Anatomie
CAYLA Guillaume - Cardiologie
CHANQUES Gérald - Anesthésiologie-Réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie ; Radiothérapie
COSTALAT Vincent - Radiologie et Imagerie Médicale
COULET Bertrand - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-Réanimation
DAIEN Vincent - Ophtalmologie
DE VOS John - Cytologie et Histologie
DORANDEU Anne - Médecine Légale
DUPEYRON Arnaud - Médecine Physique et de Réadaptation
FESLER Pierre - Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Médecine Générale ; Addictologie
GARREL Renaud - Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie
GENEVIEVE David - Génétique
GODREUIL Sylvain - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post Urgences Psychiatriques -
GUILPAIN Philippe - Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Addictologie
GUIU Boris - Radiologie et Imagerie Médicale
HAYOT Maurice - Physiologie
HOUEDE Nadine - Cancérologie ; Radiothérapie
JACOT William - Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; Médecine d'Urgence
KALFA Nicolas - Chirurgie Infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LACHAUD Laurence - Parasitologie et Mycologie
LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
LE MOING Vincent - Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales
LETOUZEY Vincent - Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge - Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
LUKAS Cédric - Rhumatologie
MAURY Philippe - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
MILLET Ingrid - Radiologie et Imagerie Médicale
MORANNE Olivier - Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas - Bio statistiques, Informatique Médicale et Technologies de la communication
NOCCA David - Chirurgie Digestive
PANARO Fabrizio - Chirurgie Générale
PARIS Françoise - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie Médicale
PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
RIGAU Valérie - Anatomie et Cytologie Pathologiques
RIVIER François - Pédiatrie
ROGER Pascal - Anatomie et Cytologie Pathologiques
ROSSI Jean François - Hématologie ; Transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-Réanimation
SEGNARBIEUX François - Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme - Biologie Cellulaire
SULTAN Ariane - Nutrition
THOUVENOT Éric - Neurologie
THURET Rodolphe - Urologie
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max - Ophtalmologie
VINCENT Denis - Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement ; Médecine Générale ; Addictologie
VINCENT Thierry – Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et Biologie Moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie ; Démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-Vénéréologie
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'Urgence
ROUBERTIE Agathe - Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique
CARRIERE Christian - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale - Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique - Pharmacologie Fondamentale ; Pharmacologie Clinique ; Addictologie
PELLESTOR Franck - Cytologie et Histologie
PUJOL Joseph - Anatomie
RAMOS Jeanne - Anatomie et Cytologie Pathologiques
RICHARD Bruno - Thérapeutique ; Addictologie
RISPAIL Philippe - Parasitologie et Mycologie
SEGONDY Michel - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre - Dermato-Vénéréologie

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie - Biochimie et Biologie Moléculaire
BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et Médecine Nucléaire
BOULLE Nathalie - Biologie Cellulaire
BOURGIER Céline - Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline - Hématologie Biologique
COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel - Hématologie ; Transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et Biologie Moléculaire
LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; Transfusion
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
MATHIEU Olivier - Pharmacologie Fondamentale ; Pharmacologie Clinique ; Addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie
MOUZAT Kévin - Biochimie et Biologie Moléculaire
PANABIERES Catherine - Biologie Cellulaire
PHILIBERT Pascal - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et Mycologie
SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie
STERKERS Yvon - Parasitologie et Mycologie
TUAILLON Edouard - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques - Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BERTRAND Martin - Anatomie
BRUN Michel - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie - Dermato-Vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe - Médecine Vasculaire
GOUZI Farès - Physiologie
JEZIORSKI Éric - Pédiatrie
KUSTER Nils - Biochimie et Biologie Moléculaire
LESAGE François-Xavier - Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain - Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales
MURA Thibault - Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de la Communication
OLIE Emilie - Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
THEVENIN-RENE Céline - Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences Biologiques Fondamentales et Cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du Médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie Cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et Biologie Moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences Biologiques Fondamentales et Cliniques
HENRY Laurent - Sciences Biologiques Fondamentales et Cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et Applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences Physico-chimiques et Technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences Physico-chimiques et Ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science Biologiques, Fondamentales et Cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN - Rhumatologie
BASTIDE Sophie - Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie Fondamentale ; Pharmacologie Clinique ; Addictologie
GATINOIS Vincent - Histologie, Embryologie et Cytogénétique
HERLIN Christian - Chirurgie Plastique ; Reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
HERRERO Astrid - Chirurgie Générale
PANTEL Alix - Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie -Thérapeutique, Médecine d'Urgence ; Addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie
TORRE Antoine - Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Michel Amouyal,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de ma profonde considération et de tout mon respect.

Monsieur le Professeur Denis Morin,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet en ayant accepté de participer au jury. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur Béatrice Folco-Lognos,

Vous avez accepté de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération et ma sincère gratitude.

Madame le Docteur Jennifer Collard Policar,

Que de chemin parcouru depuis mon stage d'internat en PMI, tu étais ma chef et tu es devenue une amie. Les mois passés à tes côtés m'ont permis d'apprécier une médecine humaine et de qualité. Quelle chance j'ai eue de pouvoir apprendre à tes côtés. Ton énergie, ton dévouement et ton savoir sont de vrais exemples pour moi. Merci de m'avoir inspirée ce sujet de thèse passionnant et d'avoir accepté de m'accompagner jusqu'au bout de mes études. Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité, ton investissement et ton écoute, ton aide a été précieuse pour réaliser ce travail.

Au centre médical des Aubes, merci pour votre disponibilité et pour tout ce que vous m'avez transmis pendant mon stage de médecine générale. Tout particulièrement, merci au Dr Patrick Rodot pour votre bienveillance à mon égard et la transmission de votre savoir-faire et de vos connaissances. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Aux médecins du centre médical Argensol, à Cécile, venir travailler à vos côtés est toujours un vrai plaisir. Delphine, merci pour la confiance que tu m'as accordée. J'espère réussir à être un aussi bon médecin que toi.

Aux médecins ayant accepté de participer à cette étude, merci pour votre disponibilité, sans vous ce travail n'existerait pas. Avoir pu échanger avec vous sur votre pratique a été très enrichissant.

A ma famille et mes amis,

A Simon, merci pour ta patience pendant ces si longues études et surtout pendant ce travail de thèse. Et pour tout le reste. Une page se tourne et je suis sereine d'écrire la suite à tes côtés. Je t'aime.

A mes parents, papa, merci pour ta relecture attentive (ou devrais-je plutôt dire tes nombreuses relectures) et au passage pour tes cours d'orthographe. Maman, merci d'avoir toujours été là quand j'en avais besoin.
Merci de m'avoir toujours soutenue et de m'avoir permis d'en arriver là aujourd'hui. Je mesure chaque jour la chance que nous avons d'avoir évolué dans la famille qui est la nôtre. Vous nous avez transmis de belles valeurs et le sens de la famille et vous nous avez permis, à tous les 3, de nous accomplir chacun dans le domaine que l'on avait choisi.

A ma sœur et mon frère, mes piliers, Mélanie, il est bien loin le temps de l'anecdote que tu aimes tant raconter. Benjamin, qui pourrait penser que ton arrivée m'a autant chamboulée à l'époque.
Merci de me soutenir et de me supporter depuis toutes ces années…Votre soutien pendant ces longues études, votre présence constante à mes côtés m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui. Vous êtes des exemples pour moi et notre complicité est précieuse.

A Romain, merci pour tout le soutien que tu as pu m'apporter, notamment pendant la première année, si j'ai réussi c'est aussi grâce à toi.

A mes neveux Mathis et Hugo, je suis si fière d'être votre « tata », votre caractère déjà bien affirmé, votre curiosité et votre insouciance nous illuminent chaque jour. Je vous aime tant !

A mon grand-père, papy, merci pour les valeurs que tu nous as transmises et pour tous ces bons moments passés en famille à Saint-Nazaire. Ton humour et les parties de 421 resteront dans les annales. Allez, c'est promis je te laisse gagner la prochaine fois !

A mes oncles et tantes, à ceux partis trop tôt, à mes cousins et cousines, je ne pourrai tous vous énumérer on est nombreux dans la famille Nempont et Caron !
A Aurélien, Adeline, Nicolas, Anne-laure et Romain, Julien, Alexis, Julie et Apolline, nos retrouvailles à chaque vacances ont marqué mon enfance et malgré le temps qui passe et les familles qui s'agrandissent, pouvoir se retrouver est toujours un réel bonheur.

A Anne-Laure, parce qu'on en a passé du temps ensemble depuis notre enfance, des anecdotes à l'adolescence dont on n'est pas toujours très fières ;) et puis des nuits blanches à refaire le monde (au grand désespoir de Romain). Et toujours cette complicité et cette évidence quand on se retrouve. C'est aussi toi qui m'a inspirée ce sujet, nos discussions passionnantes sur la psychologie de l'enfant m'ont grandement aidée et ont façonné le médecin que je suis aujourd'hui. Tout ton investissement et ton travail ont payé et c'est une évidence que tu as trouvé ta voie.

A Fanny, qui aurait pu penser qu'après ce cours de gymnastique au lycée, on allait créer ce lien si particulier et indéfectible. Je ne pourrai jamais assez te remercier pour ta présence sans faille à mes côtés et tout ce que tu as fait pour moi. Tu as été là à chaque moment, une oreille attentive, un réconfort à toutes épreuves, des confidences, des voyages, des fous rires et tant de bonheur partagé toutes les 2. Quel bonheur de vous voir toi, Aurélie et Isée, vous formez une si belle famille.

A Cédric, mon plus vieil ami, il est bien loin le temps de la maternelle. L'éloignement géographique n'aura rien changé. Merci pour ta présence à mes côtés, pour tes encouragements, tes conseils, ta bienveillance et ton humour, je n'en serai pas là aujourd'hui sans toi.

A Julien, que de bons souvenirs passés tous les 3 à Grenoble puis à Montpellier quand tu venais m'envahir dans mon studio avec ta petite Clio et tellement d'autres à venir encore !

A Sylvie, merci pour ta bienveillance, ton écoute et tes conseils pendant mon stage, ton soutien a été très important pendant mes premiers pas de médecin généraliste. J'aime les valeurs qui sont les tiennes et cette vision juste que tu as de la vie et qui font de toi une amie en or.

A mes amis rencontrés pendant l'internat dans cette belle ville de Bagnols-sur-Cèze ;). Je n'aurai pu espérer meilleurs co-internes pour ce premier semestre. Des moments de doutes, de peur, du réconfort, de l'entraide, des rigolades, des voyages, autant de moments partagés qui nous lient à jamais.
A Florent et Joël, à Gaëlle et Benjamin, vous faites partie de mon quotidien à Montpellier et je mesure la chance que j'ai d'avoir des amis comme vous. Ce que l'on a créé est précieux et ça promet encore de beaux moments tous ensemble.
A Mélanie, à Bagnols, à Béziers puis à Montpellier on en a passé de bons moments ensemble. Je vous souhaite beaucoup de bonheur dans cette nouvelle aventure qui va commencer et tu peux compter sur nous pour venir vous voir.
A Fanny, nos premiers pas en tant que médecin généraliste, nos doutes, nos peurs mais aussi les moments de joie, on les a vécu ensemble. J'aime cette vision que tu as d'une médecine humaine et attentive. C'est toujours un bonheur de se retrouver.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES ……...4

INTRODUCTION ……5

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ……..8

1. Santé de l'enfant ……..8

    1.1. Politiques publiques ……....8
    1.2. Suivi de l'enfant par les médecins généralistes ……...10
    1.3. Calendrier de suivi de l'enfant ……....11
    1.4. Eléments du suivi ……...12
    1.5. Historique du développement de l'enfant ……...13
    1.6. Développement précoce de l'enfant et perspectives socio-écologiques ……15

2. Soutien à la parentalité ……...18

    2.1. Emergence du concept de soutien à la parentalité ……...18
    2.2. Définition de la parentalité ……20
    2.3. Définition et application du soutien à la parentalité ……21
    2.4. Dispositifs publics ……..23
    2.5. Impact du soutien à la parentalité ……24

DEUXIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES ……....25

1. Le choix de la recherche qualitative ……...25
2. Le choix des entretiens individuels semi-dirigés ……...25
3. Elaboration du guide de l'entretien ……26
4. Population cible et recrutement ……27
5. Déroulement des entretiens ……...28
6. Analyse des données ……..29

TROISIEME PARTIE : RESULTATS……..31

RECUEIL DES DONNEES ……..31

ANALYSE DES DONNEES ……32

1. Patientèle pédiatrique ……32

2. Exploration du rôle de soutien à la parentalité ……...35

2.1. Vision globale ……35
2.2. Environnement de l'enfant ……42
2.3. Déterminants de l'implication du médecin généraliste ……..54

3. Ressenti du médecin généraliste ……...70

3.1. Importance du rôle ……70
3.2. Légitimité ……...72
3.3. Avantage ou inconvénient de la place de médecin de famille ……...73
3.4. Aisance du médecin dans son rôle de guidance ……...74
3.5. Freins et facilitateurs ……...75
3.6. Volonté d'une augmentation d'implication ……78
3.7. Retour des parents ……...80

4. Partenariats et formation ……81

4.1. Autres professionnels ……..81
4.2. Formation initiale ……83
4.3. Formation continue ……83
4.4. Ressenti du médecin sur sa formation ……....84
4.5. Attentes du médecin généraliste pour faciliter son implication ……...84

5. Conclusion de l'entretien ……...85

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION ……..87

ATOUTS ET LIMITES DE L'ETUDE ……87

1. Liés au choix de la méthode qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés ……..87
2. Liés à l'élaboration du guide de l'entretien ……...87
3. Liés à la taille de l'échantillon ……...88
4. Liés à la sélection des médecins participants ……88
5. Liés au recueil des données ……...89
6. Liés à l'analyse des données ……..89

DISCUSSION PAR THEMES ……..90

1. Représentations de la guidance parentale pour le médecin généraliste ……..90

2. Quel rôle pour le médecin généraliste dans le soutien à la parentalité ? ……94

2.1. Un rôle important ……...94
2.2. Un rôle de prévention primaire et secondaire ……98
2.3. Déterminants de l'implication du médecin généraliste et diversité des pratiques …...99
2.4. Un rôle limité ……...100

3. L'importance d'un suivi régulier ……102

4. Prise en compte de l'environnement de l'enfant ……102

4.1. Environnement psycho-social ……..102
4.2. Relation parent-enfant ……..104
4.3. Sollicitations parentale ……105

5. Cas particulier de la surexposition aux écrans chez les enfants de moins de 2 ans 106

6. La guidance parentale, un vécu positif ……107

7. Relations avec les autres acteurs : un travail en réseau à développer ……...108

8. Une formation que les médecins estiment insuffisante ……111

9. Freins à l'exercice du rôle par le médecin généraliste ……..112

10. Modélisation des résultats : 3 profils de médecins généralistes ……...112

OUVERTURE DE LA DISCUSSION ……115

1. Communication des principaux résultats ……115

2. Projets d'études complémentaires à notre travail ……115

CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION ……...116

BIBLIOGRAPHIE ……119

ANNEXES ……..123

1. Annexe 1 : Guide de l'entretien ……...123
2. Annexe 2 : Retranscription d'un entretien ……...128
3. Annexe 3 : Extrait de la grille de codage ……..146

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CLAS : Contrat Local d'Accompagnement Scolaire

CNAF : Caisse National des Allocations Familiales

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNSP : Comité National de Soutien à la Parentalité

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ER : Espace de Rencontre

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

LAEP : Lieu d'Accueil Enfants-Parents

MF : Médiation Familiale

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisme Mondial de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PIF : Point Info Famille

PMI : Protection Maternelle et Infantile

REAAP : Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents

SFEA : Secteur Français des Aliments de l'Enfance

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, les apparitions conjointes de nouveaux modèles majeurs dans les domaines de la médecine et de la psychologie (1) ont amené un changement dans la vision du développement du nourrisson et de l'enfant. Ils ont permis l'émergence d'une approche de la santé de l'enfant et du nourrisson selon laquelle son développement résulte de l'influence de facteurs multiples, génétiques, internes et environnementaux. En effet, dès les premiers instants de vie, le nourrisson a besoin d'un adulte attentif à ses besoins avec lequel il développera un attachement sécurisé, la santé globale (physique, mentale et sociale) résultant des échanges de l'enfant avec son milieu de vie.
La pratique pédiatrique a donc évolué et le suivi du nourrisson est devenu plus complexe.

Cette prise en compte de facteurs multiples rejoint d'ailleurs la définition de l'Organisme Mondial de la Santé (OMS) qui définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement à une absence de maladie ou d'invalidité » (2). Effectuer le suivi d'un nourrisson va bien au-delà d'une approche purement somatique : il s'agit d'une prise en charge globale, physique, psychologique et sociale. Tout en prenant en compte l'environnement, particulièrement important à cette période de la vie, il s'agit de prendre en charge des affections somatiques, congénitales ou acquises, aiguës ou chroniques, d'assurer la surveillance du développement physique, cognitif, psychomoteur et affectif et de dépister d'éventuels troubles sensoriels des apprentissages ou du comportement.

Dans le cadre du suivi du nourrisson, le médecin s'implique à la fois dans les soins mais aussi dans une politique de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé.

De nombreux rapports nationaux et internationaux ont alerté les pouvoirs publics sur la santé des enfants et des adolescents (3) (4) (5) (6) (7). Ils ont souligné l'importance de la fonction parentale et la nécessité de guidance parentale dans le but de soutenir précocement le développement de l'enfant.

Le comité national de soutien à la parentalité, créé en France en 2012, a pour mission d'améliorer l'efficacité et la lisibilité des actions menées auprès des familles en favorisant la coordination des acteurs et en veillant à la structuration et à l'articulation des différents dispositifs d'appui à la parentalité.

Lors de ma formation médicale et tout particulièrement lors de mon stage en Protection Maternelle et Infantile (PMI), j'ai été amenée à suivre des enfants et des familles. Ce stage m'a tout particulièrement sensibilisée à une prise en charge globale de l'enfant, mettant en avant le fait que l'environnement de l'enfant (relations, stimulations…) a un impact sur la manière dont il grandit et se construit et que le développement peut donc être soutenu précocement en travaillant sur les composantes environnementales et les facteurs externes à l'enfant. J'ai ainsi pu appréhender une vision de la santé de l'enfant que je n'avais alors jamais explorée.
Le rôle d'accompagnement et de prévention est l'un des axes de travail des équipes de PMI.

Lors de mon stage en médecine générale, puis lors de ma pratique courante en tant que remplaçante, j'ai également suivi des enfants et des familles. J'ai alors pu constater la place privilégiée du médecin de famille pour effectuer du soutien à la parentalité et perçu l'impact positif que cela pouvait avoir sur le développement des enfants, mais également les difficultés auxquelles il fallait faire face. Des questionnements sur la place du médecin généraliste dans la guidance parentale ont alors émergé et ont motivé mon souhait d'explorer ce sujet par un travail de thèse.

De par son implication dans la prise en charge du jeune enfant, le médecin généraliste peut être un acteur clé du suivi du développement global du nourrisson et de l'enfant. Il réalise un suivi régulier en ayant connaissance de l'environnement et du contexte familial et psycho-affectif, ce qui peut lui permettre ainsi de prendre une place privilégiée dans le soutien à la parentalité.

Alors que les dernières adaptations législatives (8) et les recommandations réaffirment l'importance de son rôle, le médecin traitant s'implique-t-il dans le soutien à la parentalité ? Comment met-il en place cette guidance parentale ?

Nous avons souhaité explorer en détail ce sujet en utilisant la méthode de la recherche qualitative, celle-ci nous étant apparue comme la plus adaptée à l'analyse des expériences, ressentis et vécus des médecins. D'autres questions se posent : le médecin généraliste se sent-il suffisamment formé et informé, pense-t-il avoir toutes les connaissances et les ressources nécessaires pour s'impliquer dans la guidance parentale ? Quelle place pour lui parmi les acteurs possibles dans le soutien à la parentalité ?

Nous avons choisi de limiter notre étude aux enfants de 0 à 2 ans, cette période étant particulièrement capitale pour le développement de l'enfant et comportant des spécificités pouvant avoir un impact sur le rôle du médecin généraliste. Tout d'abord, les enfants de moins de 2 ans ont, la plupart du temps, un suivi médical régulier, du fait notamment des examens obligatoires, des vaccinations ou de la fréquence des épisodes infectieux qu'ils présentent à cet âge-là. De plus, à cette période de leur vie, les enfants sont particulièrement dépendants de leur environnement et donc des parents et de ce qu'ils proposent.

L'objectif principal de ce travail est donc d'explorer et d'analyser le vécu, les ressentis et la pratique de médecins généralistes exerçant en Occitanie dans la prévention précoce et l'accompagnement du développement global de l'enfant de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité, afin de mieux comprendre leur rôle et les modalités de leur implication.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

1. SANTE DE L'ENFANT :

1.1. Politiques publiques :

Actuellement, la France, 5ème puissance mondiale, toujours première dans le classement de la natalité en Europe (indice de fécondité de 1,88 en 2017) (9), n'occupe que le 19ème rang sur les 41 pays de l'OCDE dans le classement sur le bien-être des enfants, publié par l'UNICEF (10). Concernant l'objectif « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être », la France est classée 17ème sur les 41 pays (10).

La santé de l'enfant est un enjeu majeur de santé publique et de nombreux rapports (rapport de l'Académie de Médecine du Pr Tubiana en 2006, rapport du Pr Sommelet remis au Ministre de la Santé en mars 2007, rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins du Dr Bohl en 2011…) ont alerté les pouvoirs publics sur la nécessité d'une prise en charge globale, prenant en compte l'environnement afin de permettre aux enfants et donc aux adultes de demain de jouir d'une santé optimale et de réaliser leur plein potentiel de développement.

En 2003, le Comité Régional de l'Europe de l'OMS a fait de la santé et du développement des enfants et des adolescents une priorité absolue (5).

En 2006, les recommandations européennes (6) favorisent une parentalité dans l'intérêt de l'enfant et recommandent « *de reconnaître le caractère essentiel des familles et de la fonction parentale, de créer les conditions à une parentalité positive qui tienne compte des droits et de l'intérêt supérieur de l'enfant, de prendre toutes les mesures appropriées, législatives, administratives, financières et autres, conformes aux principes énoncés dans l'annexe à la présente recommandation* ».

En France, la loi du 5 mars 2007 (11) (révisée en mars 2016) a été un tournant essentiel puisqu'elle a réformé la protection de l'enfance et fait également de la prévention un axe majeur de travail.

Elle rappelle que la prévention implique l'ensemble des acteurs médico-sociaux et éducatifs intervenant sur un même territoire géographique et que tout acte de prévention doit être guidé par l'intérêt supérieur de l'enfant.

Elle met l'accent sur la prévention précoce et l'attention particulière à porter aux enfants de moins de 6 ans. Elle articule la prévention autour de 3 axes : premièrement, des actions de prévention périnatale ; deuxièmement, des actions de prévention médicale et médico-sociale en direction des enfants et des adolescents et, enfin troisièmement, des actions de prévention en direction des parents qui ont des difficultés dans l'éducation de leur enfant, insistant sur l'importance du soutien à la parentalité.

Elle renforce ainsi les actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et d'apprentissage, afin de les repérer et d'y remédier au plus tôt. La précocité de l'intervention devient essentielle.

La loi reconnaît **la PMI comme un acteur majeur de la prévention** : « *Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »* et précise que le service de PMI assure *« des actions médico-sociales et un suivi en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers* », chacun devant exercer ses compétences dans le cadre d'une collaboration constructive et dans le respect de leur déontologie.

Elle **réaffirme aussi le rôle du médecin généraliste** dans ce domaine puisqu'elle précise que « *Ce suivi qui peut être assuré par le service de PMI, mais aussi par les pédiatres ou les généralistes* » et que le travail en réseau est un facteur favorable au suivi pertinent et à une prévention précoce et cohérente.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**,** très investi sur le sujet, publie également :

- Un dossier en 2013 « Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité » (12), élaboré à partir des attentes et des besoins des principaux acteurs du champ de l'accompagnement et du soutien à la parentalité. Son objectif est de rappeler que les inégalités sociales de santé se creusent dès les premières années de vie et que la santé se construit d'abord au sein de relations familiales et sociales.

Il fournit des outils pour développer, mettre en œuvre ou évaluer des actions ou programmes de promotion de la santé auprès des jeunes enfants et de leurs parents.

- Un dossier en 2016 intitulé « Accompagner le développement du jeune enfant » (13). L'objectif est de mettre à disposition des professionnels de santé un ensemble de connaissances récentes sur, d'une part le développement de l'enfant et, d'autre part l'influence des déterminants socio-environnementaux sur ce développement, dans une optique de prévention et de promotion de la santé.

1.2. Suivi de l'enfant par les médecins généralistes :

Les enfants de moins de 16 ans représentent 18% de la population française et les enfants de moins de 2 ans représentent environ 3% de la population française (14).
Le système socio-sanitaire français en matière de santé des enfants repose sur : les médecins hospitaliers et libéraux (pédiatres ou médecins généralistes), les professionnels de PMI et ceux de la santé scolaire.

Les médecins généralistes sont très impliqués dans le suivi de l'enfant comme le montre la dernière étude sur le sujet, faite en 2002 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) (15), et publiée dans l'étude de la DREES de 2007 : « *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* » (16).

Cette enquête menée par la DREES et publiée en août 2007 met en évidence que : « *Les enfants de moins de 16 ans constituent 13% de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes et impliquent 89% des médecins de l'échantillon, 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier* » (16).

Le médecin généraliste a donc un rôle privilégié dans le suivi des enfants.

Cette place a été récemment renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé, de janvier 2016 qui permet la désignation par les parents d'un médecin traitant pour leurs enfants, qui peut être un pédiatre ou un médecin généraliste. Elle vise à affirmer le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi du parcours de soins des enfants de 0 à 16 ans (8).

De plus, en 2017 :

- 7256 pédiatres sont en activité, 1604 ont une activité libérale, 4887 ont une activité salariée et 765 ont une activité mixte. La densité moyenne pour 100 000 enfants de moins de 15 ans est de 46,9 IC : [41,2-52,7] (17) ;

- 88049 médecins généralistes sont en activité dont 49641 en activité libérale, 32580 en activité salariée et 5828 en activité mixte. La densité moyenne pour 100000 habitants est de 126,8 IC : [122,4-131,2] (17).

La densité moyenne des médecins généralistes est donc nettement supérieure à celle des pédiatres.

Nous pouvons ainsi constater que le médecin généraliste a une place importante dans le suivi de l'enfant.

1.3. Calendrier de suivi de l'enfant :

L'organisation du suivi du développement de l'enfant repose sur les ordonnances de 1945, instaurant la création de la PMI et de la médecine scolaire, système public de santé préventif. Jusqu'à l'âge de 6 ans, les enfants bénéficient de 20 examens médicaux obligatoires (18), pris en charge à 100% par l'assurance maladie :

- au 8ème jour,

- 1 par mois pendant 6 mois,

- à 9 et 12 mois,

- 3 au cours de la 2ème année,

- 2 par an jusqu'à 6 ans.

Depuis la loi de juillet 1970, ces examens donnent lieu à la rédaction de 3 certificats de santé obligatoires, au 8ème jour, au 9ème mois et au cours du 24ème mois, remplis par les médecins (médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI) et adressés à la PMI. Après 6 ans, un examen de suivi par an est recommandé.

Ces examens obligatoires permettent une évaluation globale de l'évolution de la santé de l'enfant : somatique, neuro développementale, sensorielle et affective.

Le Carnet de santé, élément indispensable au suivi de l'enfant, a été rendu obligatoire en 1945 par l'article L.163 du Code de la santé publique. Il est délivré gratuitement à la naissance. Il contient les informations médicales nécessaires au suivi de la santé de l'enfant jusqu'à ses 18 ans.

Une nouvelle édition du carnet de santé est en vigueur depuis avril 2018 avec la mise à jour des 11 vaccinations obligatoires et l'actualisation des normes de la croissance staturo-pondérale (19). Il est également enrichi de nombreux messages de prévention (écrans, environnement sain, lien parents-enfant, couchage, alimentation, troubles sensoriels…).
Ainsi, nous pouvons constater que des messages de soutien à la parentalité sont désormais inclus dans le carnet de santé.

1.4. Eléments du suivi :

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (20) en 2005, rappelées dans le rapport du Pr Sommelet en 2007 (3), la surveillance du développement de l'enfant repose sur des consultations systématiques régulièrement programmées, permettant un bilan d'évolution somatique, neuro développementale, sensorielle et affective. Elle implique la prise en compte de la génétique et de l'environnement physique, psychologique et social de l'enfant et contribue à l'accompagnement de ses parents. La régularité de ce suivi est primordiale, elle permet d'établir une relation triangulaire privilégiée enfant/parents/médecin et facilite aussi la prise en charge de maladies intercurrentes, ainsi que la réponse aux inquiétudes parentales.

L'interrogatoire constitue un moment essentiel de l'écoute des parents avec un échange d'informations et aborde : les antécédents familiaux et personnels, les conditions de naissance, les problèmes somatiques, les acquisitions dans le développement psychomoteur, le comportement familial et social et l'adaptation au milieu de vie.

L'examen clinique est complet avec recueil des données biométriques (taille, poids, périmètre crânien, indice de masse corporelle (IMC) dès 12 mois), il concerne chaque organe ou fonction. Le calendrier des vaccinations doit être respecté, vérifié et toujours associé à des informations.

La guidance parentale (ou soutien parental) fait également partie intégrante de la consultation de suivi du nourrisson.

Il faudra, si besoin, se mettre en relation avec les médecins de PMI, médecins scolaires, psychologues, travailleurs sociaux ou membres de réseaux de santé.

1.5. Historique du développement de l'enfant :

L'approche de la santé et du développement de l'enfant résultant de forces diverses, génétiques, internes et environnementales a été possible grâce à l'influence de modèles majeurs (21).

Auteur de la phrase célèbre *« Le petit d'homme n'est pas simplement un petit homme »*, **Jean-Jacques Rousseau** (1712-1778) est le premier à reconnaître l'importance de la psychologie dans l'éducation et prend conscience d'une réalité psychologique propre à l'enfant.

Mais, malgré ces déclarations, une description précise et systématique des capacités de l'enfant n'est pas proposée avant le milieu du XIXème siècle.

En 1877, **Charles Darwin** (1809-1882) relate des observations notées dans son journal sur les premières années de son fils et augure l'idée qu'une étude du développement de l'enfant permettrait de mieux comprendre la psychologie humaine en général.

Arnold Gesell (1880-1961) développe une théorie du développement largement centrée sur la maturation du système nerveux. Il établit un lien précis entre l'âge de l'enfant et les caractéristiques de croissance.

C'est à cette période, à la fin du XIXème siècle, que vont se développer les associations et instituts spécialisés. La psychologie de l'enfant est en plein essor et deux tendances, que l'on retrouve aujourd'hui, s'esquissent déjà :

- d'une part, une psychologie de l'enfant explicative qui voit dans l'enfant une source fondamentale de compréhension de la nature humaine et du développement de la pensée.

- d'autre part, une psychologie très descriptive, qui étudie l'enfant, ses capacités en fonction de son âge, ses comportements, recherchant d'éventuels retards.

C'est donc début 1890 que la psychologie de l'enfant va faire son apparition.

En France, ce sera sous l'impulsion d'**Alfred Binet** (1857-1911), président de la Société Libre pour l'Etude de l'Enfant, créée en 1900, qu'une description des capacités des enfants selon leur âge est décrite. Il crée l'une des premières « *Échelle métrique d'intelligence* » qui va orienter l'attention des spécialistes sur les inégalités des aptitudes des enfants.

Pour **Jean Piaget** (1896-1980), l'intelligence de l'enfant est fondamentalement différente de celle de l'adulte. Il établit que le nourrisson part d'un niveau de conscience « primitif » et que son développement intellectuel évolue au cours de stades distincts, motivé par un désir inné de connaissance du monde. Il appelle ces grandes étapes du développement « stades de développement cognitif » : stade sensori-moteur 0-2 ans, stade préopératoire 2-7 ans, stade des opérations concrètes 7 à 11-12 ans et stade des opérations formelles 11-12 à 14-16 ans.

Son observation de l'enfant selon une méthode clinique, les tâches qu'il crée pour détecter son mode de raisonnement et la description des stades d'évolution de la pensée marqueront définitivement un tournant dans la psychologie de l'enfant.

Sigmund Freud (1856-1939), dont la démarche est d'orientation psychanalytique, montrera toute l'importance de l'enfance et particulièrement du développement libidinal dans le développement de la personnalité de l'adulte.

A la même période que Freud et Piaget, trois autres chercheurs célèbres, **Lev S. Vygotski** (1896-1934), **Henri Wallon** (1879- 1962), et **René Arpad spitz** (1887-1974) voient aussi dans l'étude de l'enfant un moyen de mieux comprendre le psychisme adulte et mettent en évidence l'importance de l'environnement du nourrisson et surtout de son environnement social et familial. Ils ont révolutionné l'analyse que l'on faisait alors du nourrisson et mis en évidence à quel point les premières années de vie étaient capitales pour le développement de l'enfant.

René Spitz (1887-19741) découvre le « syndrome de l'hospitalisme » : il observe des enfants dans les orphelinats après la seconde guerre mondiale et se rend alors compte que les bébés privés de tout contact affectif, même s'ils reçoivent les soins vitaux nécessaires, montrent rapidement de sérieux signes de régression provoquant de graves lésions physiques pouvant aller jusqu'au décès du bébé.

John Bowlby (1907-1990) développera dans les années 1950/1960 la théorie de l'attachement : théorie selon laquelle dès le départ de la vie, le nourrisson établit un lien affectif particulier avec le principal fournisseur de soins (souvent la mère) qui lui procure un sentiment de sécurité et lui permet de faire des acquisitions. Ainsi, le bébé développe ses capacités d'interagir ultérieurement avec d'autres personnes en fonction de cet attachement.

Donald Winnicott (1896-1971) décrit avec le holding (soutien physique du nourrisson) et l'handling (manipulations du nourrisson) l'importance du milieu et du portage du bébé.

André Bullinger (1941-2015) reprend ces éléments et met l'accent sur l'importance de la dimension sensorimotrice et posturale : le nourrisson et l'enfant réalisent des progrès et façonnent des représentations cognitives d'eux-mêmes et du monde qui les entoure lorsque les flux sensoriels donnent lieu à des réponses posturales adaptées.

Enfin, après l'examen de nombreuses recherches en psychologie, **Urie Bronfenbrenner** (1917-2005) conclut que, pour se développer, un jeune enfant doit pouvoir compter, dès les premiers instants de vie, sur l'implication concrète, durable et affective d'au moins une personne adulte, qui s'engage activement dans les soins et partage régulièrement avec lui des activités. De plus, l'enfant va se construire à travers ses relations avec autrui dans différents milieux qui vont le transformer et que lui-même va transformer. Il définit ainsi le contexte socio-écologique du développement humain, c'est-à-dire l'importance de l'environnement dans le développement du nourrisson.

Cette approche socio-écologique fait référence à l'heure actuelle.

1.6. Développement précoce de l'enfant et perspective socio-écologique :

Dès le début de la vie, la santé physique, mentale et sociale résulte des échanges de l'enfant avec son milieu de vie physique et social. C'est la qualité de l'interaction avec l'environnement qui en grande partie déterminera les possibilités futures d'expression de ces compétences.

Les trois premières années de vie d'un enfant sont capitales pour son développement, c'est à cette période que se développent le langage, la parole, l'appareil sensoriel, l'intégration cognitive des parties du corps ainsi que les principales fonctions cognitives supérieures. En effet, les capacités de plasticité sont plus élevées qu'à n'importe quelle autre période de la vie. Les liaisons neuronales se construisent sous l'influence et en réponse à des stimulations extérieures.

L'enfant a besoin, dès sa naissance, de la présence d'un adulte attentif à ses besoins. Le donneur de soins (parents, professionnel de santé) doit soutenir le développement cognitif, physique et moteur et permettre en parallèle de créer un attachement sécure.

Cet attachement sécurisant est prédictif d'un meilleur développement émotionnel et social de l'enfant. La création de liens d'attachement avec au moins une personne adulte est le socle du développement précoce.

Comme le décrit Urie Bronfenbrenner, l'enfant doit être pensé comme une personne évoluant dans un **espace socio-écologique** se caractérisant par différents niveaux d'échange. L'enfant va se construire à travers ses relations avec autrui dans différents milieux qui vont le transformer et que lui-même va transformer à son tour. Sa santé physique, mentale et sociale résulte donc des échanges de l'enfant avec son milieu de vie. Le rôle de l'environnement et des parents est donc capital.

Un environnement favorable chez l'enfant influe sur sa santé globale et, plus tard, sur sa santé d'adulte. Des travaux épidémiologiques ont mis en évidence le rôle de l'adversité psychosociale durant l'enfance sur la santé à long terme. Des événements stressants dans la vie de l'enfant sont en lien avec l'apparition de nombreuses pathologies chroniques de l'âge adulte (22) (23).

En 2014, le rapport de l'OMS sur la stratégie de la santé (24) rappelle que : « *Les facteurs positifs et négatifs qui influencent le développement de la petite enfance, y compris au stade du nourrisson, ont des effets tout au long de la vie. Les connaissances, comportements et croyances acquis au début de la vie sont susceptibles de persister jusqu'à l'âge adulte. La santé de la mère et ses capacités et aptitudes en tant que parent (et celles d'autres membres de la famille et d'autres personnes s'occupant de l'enfant ou de l'adolescent) sont déterminantes pour la santé et le bien-être de ce dernier dès le stade de préconception. Pour favoriser un développement harmonieux, il est nécessaire de prendre des mesures qui dépassent le seul secteur de la santé et des services connexes, avec l'apport crucial et intensif de secteurs comme la santé, l'enseignement, le développement communautaire, la protection sociale et les finances. ».*

En 2017, le Haut conseil de la santé publique rappelle que « *Si la plupart des 820 000 enfants qui naissent chaque année en France sont en bonne santé, les risques de morbidité grave et de mortalité à la naissance et au cours de la première année de vie sont élevés, de même que les conséquences du déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la période néonatale sur la santé et le développement psychomoteur des enfants et sur la survenue de maladies chroniques à l'âge adulte (…) Les déterminants socio-économiques sont en effet à l'œuvre dès le début de la vie, lors des apprentissages scolaires, sociaux et comportementaux. Au moment où les inégalités de santé se creusent chez l'adulte, les politiques de prévention dans l'enfance (soutien à la parentalité, socialisation dès le plus jeune âge, dépistage, repérage, diagnostic et prise en charge précoces des dysfonctionnements) et d'éducation pour la santé (individuelle et communautaire) doivent se renouveler pour éviter que ces inégalités ne s'enracinent dès l'enfance »* (25).

Enfin, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 a été adoptée officiellement par le gouvernement fin décembre 2017. Un des volets concerne l'accompagnement des parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé de l'enfant. Ils rappellent que « *Les inégalités de santé sont déjà installées avant l'âge de 6 ans. L'enfance et l'adolescence sont souvent décrites comme des périodes de « fragilité » qui peuvent être à l'origine de difficultés rencontrées plus tard dans la vie adulte. Toutefois, il s'agit aussi de périodes « d'opportunité » : une action menée précocement auprès de l'enfant et de sa famille peut donc avoir un effet positif majeur, en particulier si elle permet aux parents de prendre confiance en leur capacité à accompagner leur enfant sur le long terme. C'est pourquoi il est indispensable d'accompagner les parents dès la période prénatale afin qu'ils acquièrent des réflexes clés* » (26).

2. SOUTIEN A LA PARENTALITÉ :

2.1. Emergence du concept de soutien à la parentalité :

Depuis le milieu des années 1970, les conditions d'exercice de la fonction parentale ont été modifiées par de nombreux bouleversements dans la société (27) :

- Familiaux : travail des femmes, baisse de la fécondité, développement de nouveaux modèles familiaux, monoparentalité, homoparentalité, fréquence des séparations conjugales et recompositions familiales qui peuvent les suivre ;
- Économiques : liés au chômage et à la précarité ;
- Éducatifs : éducation souvent plus permissive, apparition de nouvelles technologies (réseaux sociaux, écrans…).

De plus, la place grandissante de l'enfant et de son éducation renforce les exigences faites aux parents, par la société ou par les parents eux-mêmes.

C'est dans ce contexte de fortes mutations des structures familiales et face aux difficultés que rencontrent les parents que les politiques publiques tentent de trouver des réponses et développent les interventions précoces et le soutien à la parentalité (6) (28) (29).

Comme l'ensemble des pays de l'OCDE, depuis les années 1990, la France a donc développé une véritable politique de soutien à la parentalité.

Plus récemment en 2005, l'HAS a publié un rapport intitulé « préparation à la naissance et à la parentalité » (29). Ces recommandations ont pour objectifs de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé. Le but est de préparer le couple à la naissance et l'accueil de l'enfant, de repérer précocement des difficultés éventuelles, d'accompagner tous les couples pour favoriser la relation parents-enfant et de soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir.

La loi du 5 mars 2007 constitue une étape législative importante en renforçant le volet préventif et prévoyant explicitement des possibilités d'interventions en direction des parents (11).
L'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles précise ainsi : « *la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents* ».

En 2009, le site « Interventions précoces, soutien à la parentalité » a été créé par le gouvernement dans l'objectif d'améliorer les connaissances sur ce sujet, son premier objectif étant d'apporter les outils et les informations utiles à tous les professionnels de santé et de l'enfance ainsi qu'à toutes les personnes qui, par leur action associative ou leur métier, sont en contact régulier avec des enfants et des familles.

C'est dans ce contexte, qu'est créé, par décret, en novembre 2010, le comité national de soutien à la parentalité (30). Ses missions sont d'améliorer l'efficacité et la lisibilité des actions menées auprès des familles en favorisant la coordination des acteurs et en veillant à la structuration et à l'articulation des différents dispositifs d'appui à la parentalité. Il définit les priorités d'action et s'assure que ces dispositifs s'adressent à l'ensemble des parents. Il met en œuvre une démarche d'évaluation, de communication et d'information en matière d'accompagnement des parents.

A l'heure actuelle le soutien à la parentalité fait toujours partie des préoccupations des politiques publiques. En mai 2018, la stratégie nationale de soutien à la parentalité a été présentée et débattue entre services de l'Etat, collectivités, organismes de protection sociale et associations. La concertation s'est attachée à réinterroger les dispositifs de soutien à la parentalité pour leur donner une plus grande cohérence, une plus grande efficacité mais aussi une plus grande visibilité et accessibilité.

L'un des objectifs est notamment de : « sensibiliser aux services de soutien à la parentalité présents sur le territoire, les centres de santé, les pédiatres et médecins généralistes libéraux et autres professionnels de santé en contact avec les familles ».
Il s'agit d'un des grands volets dévoilés dans le plan stratégie nationale de santé 2018-2022 (26).

2.2. Définition de la parentalité :

C'est en 1930, selon une approche anthropologique anglophone de Bronislaw Malinowski, qu'est introduite l'idée de parentalité, abordant le fait parental par l'idée de fonctions tenues par les parents à l'égard de leurs enfants, concept défini par la notion de *parenthood.*

En France, la parentalité, qui relève d'abord de la sphère privée, entre officiellement dans le domaine de l'action publique en 1999 avec la création des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents.

Mais la notion de parentalité est complexe à définir. Plusieurs disciplines contribuent à sa définition (anthropologie, psychologie, sciences juridiques, sociologie). Dans chaque champ disciplinaire, le travail de définition de ce terme a une histoire et s'inscrit dans des périodes et des étapes de construction différentes.

En 2011, le Comité national de soutien à la parentalité (CNSP) adopte la définition suivante de la parentalité (31) : « *La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant ».*

Le terme « parent » désigne donc non seulement les géniteurs biologiques, mais de façon plus large tout adulte ayant la responsabilité d'élever un enfant. Ce concept inclut tout un ensemble de dimensions associées telles que la responsabilité sociale et juridique, les relations affectives, le fonctionnement psychique et les pratiques éducatives. La finalité de la parentalité est l'intérêt supérieur de l'enfant.

La parentalité est donc déterminée par trois types de facteurs :

- Les besoins de l'enfant : besoin de santé, de développement émotionnel et comportemental, d'éducation, d'identité, de support social et familial mais aussi besoin d'être accepté, respecté et aimé dans son individualité ;
- Les capacités et ressources des parents pour : assurer les soins de base et la sécurité de l'enfant, stimuler l'enfant, le guider tout en apportant des limites mais aussi lui apporter de l'affection et favoriser un attachement sécurisé ;
- Les facteurs socio-environnementaux dont la famille : histoire familiale et mode de fonctionnement, conditions de vie, emploi, ressources, intégration sociale.

2.3. Définition et application du soutien à la parentalité :

Par la circulaire ministérielle du 7 février 2012, le CNSP définit ainsi les actions de soutien à la parentalité : « *Elles ont pour spécificité de placer la reconnaissance des compétences parentales comme fondement du bien-être et de l'éducation de l'enfant (...) ces actions privilégient une prévention « prévenante » attentive aux singularités individuelles, sans schéma prédictif, évaluatif ou normatif. Elles utilisent comme levier la mobilisation des parents qui ne sont pas seulement des bénéficiaires de l'action proposée mais en sont les acteurs* » (31).

Concrètement, pour le médecin ou tout autre professionnel impliqué, le soutien à la parentalité (ou la guidance parentale) consiste à informer, écouter, donner confiance aux parents dans un cadre sécurisant et bienveillant. Il s'agit aussi de les orienter et mettre à leur disposition une palette de services et de ressources pour les aider à assumer leur rôle de « premiers éducateurs » de leurs enfants et ainsi soutenir le développement précoce du nourrisson puis de l'enfant.

Il est primordial d'aider les parents à développer leurs compétences parentales nécessaires au développement global de l'enfant, qui peuvent être définies comme :

- La réponse aux besoins de base de l'enfant (alimentation, soins de santé, sommeil) ;
- La réponse aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant (stimulation de l'enfant, développement du goût de l'exploration) ;
- Un engagement affectif (présence, disponibilité, attention et réactions aux signaux de l'enfant) ;

- Une attitude positive envers l'enfant (démonstration d'affection, valorisation de l'enfant, intérêt pour les activités de l'enfant) ;
- Une considération de l'enfant comme une entité distincte (reconnaître les besoins spécifiques de l'enfant et accepter ses différences) ;
- Une bientraitance (traiter tous ses enfants avec justice) ;
- Une aide et un encouragement aux relations de l'enfant avec autrui afin de favoriser la socialisation de l'enfant ;
- Tout ceci dans un cadre de vie adapté (climat familial serein, règles de vie et limites claires, moyens de récompense et de punition adaptés).

Les besoins des enfants doivent aussi être abordés à partir de préoccupations des parents, en prenant en compte leur environnement et milieu de vie.

Cet accompagnement doit être bienveillant afin de favoriser les échanges et la bientraitance des enfants. Il faut accompagner l'émergence du sentiment paternel/maternel, faire prendre conscience aux parents des compétences du bébé afin de permettre les liens d'attachement sécure. Il convient donc de repérer précocement les difficultés d'établissement du lien mère/père-enfant en observant les interactions parents-enfant.

Les objectifs sont de consolider les habiletés parentales, de renforcer la qualité du lien et de soutenir le développement précoce du nourrisson en amenant les parents à comprendre que chaque interaction et proposition à leur nourrisson a un impact sur son développement. Il s'agit aussi de désamorcer les difficultés éducatives et de prévenir l'épuisement parental.
La période périnatale est aussi à soutenir particulièrement dans la mesure où il s'agit d'une phase de plus grande vulnérabilité des parents associée à un grand potentiel de changement chez le bébé.

2.4. Dispositifs publics :

Au sens strict, c'est-à-dire d'un point de vue institutionnel, le soutien à la parentalité rassemble six dispositifs avec objectifs associés :

- Pour accompagner les compétences parentales et accroître la confiance des parents dans leurs compétences : les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) ;
- Pour favoriser la qualité du lien d'attachement parents-enfant : les lieux d'accueil enfants/parents (LAEP) ;
- Pour accompagner les enfants et leurs familles dans le parcours scolaire : les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS) ;
- Pour prévenir la rupture du lien familial, apaiser les conflits intrafamiliaux et favoriser l'élaboration d'accords dans l'intérêt de l'enfant : la médiation familiale (MF) et les espaces de rencontre (ER) ;
- Pour informer et orienter : le point info famille (PIF).

Au-delà de ces dispositifs, le soutien à la parentalité irrigue aussi d'autres politiques publiques : professionnels de santé, Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance, politique de la Ville, Éducation nationale.

En 2012, le rapport « soutien à la parentalité, perspectives internationales » d'Hamel et Lemoine du centre d'analyse stratégique souligne « *l'importance des services de santé, soit comme élément essentiel du service, soit grâce à la présence de professionnels de santé dans les équipes pluridisciplinaires »* (32).

La définition du soutien à la parentalité est complexe. Les professionnels pouvant exercer ce rôle sont nombreux et complémentaires et les dispositifs variés.
Un travail en réseau permet une guidance parentale cohérente et efficace.

2.5. Impact du soutien à la parentalité :

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2013 a réalisé différentes études (principalement qualitatives) et entretiens (33) avec des professionnels impliqués dans le soutien à la parentalité (REAAP, LEAP…) et des parents, afin d'analyser l'impact social du soutien à la parentalité.

Les éléments recueillis lors de ses investigations dans sept départements confirment les évaluations nationales (32) : la guidance parentale a un impact positif sur l'enfant :

- Amélioration du fonctionnement intrafamilial avec consolidation du lien d'attachement, apaisement des conflits, apprentissage de la séparation ;
- Bénéfices « indirects » : effets d'affiliation sociale et d'intégration, apaisement individuel, prise de recul et amélioration de l'équilibre émotionnel, acquisition de compétences relationnelles, développement du lien social, meilleure estime de soi, meilleure résilience face à l'adversité, remobilisation individuelle permettant d'engager un parcours d'insertion, etc.

Lors de ma pratique courante, j'ai également pu constater l'impact positif du soutien à la parentalité à la fois sur les habiletés parentales mais aussi sur le développement précoce du nourrisson (affectif, psychomoteur, sensoriel...). La guidance parentale fait partie intégrante des consultations de suivi de l'enfant et du nourrisson et apparaît comme déterminant pour soutenir les parents et accompagner le développement global du nourrisson.

Comme nous l'avons vu, les dispositifs et professionnels impliqués dans le soutien à la parentalité sont nombreux, variés et complémentaires. Le médecin généraliste étant très impliqué dans le suivi du nourrisson, nous nous sommes donc demandées quel était le ressenti du médecin généraliste sur son rôle de soutien à la parentalité, se sent-il impliqué dans la guidance parentale ? Comment exerce-t-il ce rôle dans sa pratique courante ? Quelles difficultés rencontre-t-il ?
Autant de questions auxquelles nous avons tenté de répondre en effectuant cette étude.

DEUXIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES

1. Le choix de la recherche qualitative :

La méthode d'analyse qualitative est issue des sciences humaines, elle est de plus en plus utilisée en médecine et notamment en médecine générale.

Les informations sont recueillies dans le milieu naturel. L'application rigoureuse d'une démarche inductive et interprétative permet de passer de l'observation à l'hypothèse.

Le but n'est évidemment pas de mesurer ou quantifier, mais d'interpréter des informations verbales recueillies pour mieux explorer le vécu, le ressenti, l'expérience, les opinions des personnes interrogées.

C'est une méthode à la fois explicative et interprétative. Elle s'attache à répondre au « pourquoi », au « comment », comparativement au « combien » de la recherche quantitative (34).

La recherche qualitative nous est donc apparue comme la méthode la plus adaptée pour effectuer notre étude, puisqu'elle permet aux médecins interviewés de nous faire part, avec la plus grande liberté possible, de leurs expériences vécues ou représentations de leur place, dans l'accompagnement du développement global des enfants de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité.

2. Le choix des entretiens individuels semi-dirigés :

La recherche qualitative est basée sur la réalisation d'entretiens.

Afin d'éviter l'effet leader et le jugement entre pairs, pour ne pas entraîner de difficultés ou de gêne pour les médecins généralistes, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels plutôt que des « focus group ».

Parmi l'ensemble des méthodes existantes, nous avons choisi d'utiliser la technique de l'entretien semi-dirigé puisqu'elle permet, tout en restant dans le cadre fixé, une grande souplesse dans la conduite des entretiens et une liberté de parole importante pour le médecin (35).

L'interviewer utilise un guide d'entretien abordant plusieurs thèmes, contenant une liste de questions à poser dont l'ordre et la formulation peuvent varier pendant les entretiens.

Ce type d'entretien permet donc au médecin interrogé de s'exprimer en toute liberté et d'approfondir les thèmes qui lui conviennent.

3. Elaboration du guide de l'entretien :

Les entretiens semi-dirigés reposent avant tout sur l'élaboration d'un guide d'entretien.

Grâce à l'analyse préalable de la littérature scientifique, nous avons identifié les thèmes qui nous semblaient les plus pertinents. Le guide a donc été organisé autour de ces thèmes avec l'élaboration d'un ensemble de questions ouvertes.

Nous avons décidé de construire notre guide autour des thèmes suivants :

- La vision globale du médecin généraliste sur le soutien à la parentalité et sur sa place dans cet accompagnement et ce soutien ;
- La prise en compte de l'environnement dans la prise en charge du nourrisson ;
- Les domaines dans lesquels ils effectuent du soutien à la parentalité ;
- Les déterminants de leur implication ;
- Leur ressenti sur ce rôle ;
- Leur relation avec d'autres professionnels ;
- Leur formation ;
- Leurs attentes sur le sujet ;
- Enfin le retour à la vision globale de leur rôle après évocation de l'ensemble des thèmes précédents.

Le premier guide de l'entretien a été soumis à ma directrice de thèse, le Docteur Jennifer COLLARD POLICAR. Des questions ont été reformulées afin de ne pas orienter les réponses.

Le guide a été enrichi pour plus de cohérence entre les thèmes et pour permettre une exploration plus précise du vécu du médecin généraliste.

Nous avons effectué trois entretiens préalables pour expérimenter le guide. Les deux premiers entretiens étaient trop peu informatifs, ils n'ont pas été utilisés pour l'analyse mais ont permis de modifier le guide. Les données du troisième ont pu être intégrées à notre étude.

L'expérimentation du guide était importante, elle a permis de se familiariser avec la conduite d'un entretien et a permis de vérifier la pertinence et la clarté des questions choisies. La manière de conduire l'entretien et la rigueur d'explication et d'écoute sont capitales pour ce type d'entretien.

4. Population cible et recrutement :

Le recrutement des médecins interrogés doit permettre d'obtenir un échantillonnage de la population le plus vaste possible, pour appréhender au mieux la diversité des réponses exprimées sur le thème étudié.

Notre population cible était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Occitanie, en activité au moment de l'entretien, qu'ils soient remplaçants ou installés.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste exerçant en libéral, installé ou remplaçant, avoir des enfants de 0 à 2 ans dans sa patientèle et accepter de participer à l'entretien.

Les critères d'exclusion étaient, à l'inverse, de ne pas suivre d'enfants de 0 à 2 ans ou le refus de participer à l'entretien.

Nous avons basé l'échantillonnage des personnes interrogées sur plusieurs critères :

- Le sexe ;
- L'âge ;
- Le type d'exercice : urbain, semi-rural, rural.

L'échantillonnage a été évalué et diversifié régulièrement grâce aux données démographiques recueillies au début de chaque entretien.

Nous avons initialement sélectionné des médecins en fonction de leur lieu d'exercice, en recherchant dans l'annuaire. Chaque médecin a été contacté en se déplaçant à son cabinet, ceci permettant d'aborder rapidement le sujet de l'étude, d'obtenir leur accord et de fixer un rendez-vous.

Ensuite, pour permettre l'échantillonnage de l'étude sur le sexe et l'âge, des médecins ont été recommandés par les premiers médecins interrogés, permettant ainsi un recrutement "de proche en proche". Ces médecins ont également été contactés en se déplaçant à leur cabinet.

En tout, 14 médecins ont été contactés et tous ont accepté de participer à notre étude.

En recherche qualitative, « il faut que chaque entretien produise de nouvelles perspectives », la saturation des données est donc définie par la redondance des réponses des médecins interviewés sans qu'aucune nouvelle information ne soit obtenue (34). Ainsi, les entretiens peuvent être interrompus lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à l'étude en cours.

Dans notre étude, la saturation des données a été obtenue après 12 entretiens, nous avons décidé de confirmer cela en effectuant 2 entretiens supplémentaires.

5. Déroulement des entretiens :

Chaque médecin a été contacté la première fois en se déplaçant à leur cabinet de médecine générale, afin de leur expliquer le sujet de notre étude et de fixer un rendez-vous pour effectuer l'entretien.

Le choix du lieu de l'entretien a été laissé aux médecins interrogés.

Les entretiens ont été réalisés dans le cabinet de médecine générale des 14 médecins.

Tous les entretiens ont été effectués par l'interne de médecine générale, en face à face et chaque entretien débutait par l'obtention de l'accord du médecin interviewé d'être enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique. Il a été rappelé à chaque début d'entretien que leur témoignage était confidentiel.

Nous avons veillé à adopter une attitude bienveillante, neutre et sans jugement lors de tous les entretiens.

Tous les entretiens ont débuté par une présentation générale de l'étude et de son objectif. Puis, nous avons recueilli les données démographiques telles que l'âge, le sexe, les conditions et lieu d'exercice, ainsi que le nombre d'années d'exercice en tant que médecin installé et/ou remplaçant. Puis, les questions ont été posées, pas forcément dans l'ordre mais en fonction du déroulé de l'entretien, jusqu'à ce que tous les thèmes aient été abordés pendant l'entretien.

6. Analyse des données :

Chaque entretien sonore a été intégralement retranscrit en données brutes sur logiciel informatique de traitement de texte Word. La retranscription se voulant la plus fidèle possible, elle a été faite mot-à-mot, en retranscrivant également, les silences, les hésitations, les éventuelles attitudes non-verbales.

Dans l'étude qualitative, le nombre d'entretiens nécessaires n'est pas connu à priori. Nous avons donc évalué au fur et à mesure le degré de saturation des données en analysant des données en parallèle de la réalisation des entretiens.
La réalisation des entretiens a donc été interrompue lorsque les données recueillies et leurs analyses ne fournissaient plus d'éléments nouveaux à notre recherche en cours. C'est-à-dire lorsque la saturation des données avait été obtenue.

Chaque entretien a été analysé au moyen d'une grille thématique de codage qui a permis d'identifier différents thèmes primaires et secondaires.

Nous avons élaboré une première grille avec les thèmes explorés dans le guide d'entretien puis nous l'avons précisée et enrichie en fonction de l'analyse des réponses obtenues.
Un extrait de la grille de codage est visible en Annexe 3.

Notre analyse s'est appuyée sur la méthode de la réduction phénoménologique selon la technique de GIORGI, reprise par Chantal DESCHAMPS en 1993 dans *l'approche phénoménologique en recherche,* axée sur quatre étapes distinctes (36) :

1- Tirer le sens général de l'ensemble de la description : s'en imprégner en effectuant une ou plusieurs lectures flottantes de la retranscription.
2- Reconnaître les unités de signification qui émergent de la description : le contenu du verbatim est découpé en autant d'unités qu'on peut déceler à chaque transition thématique observée lors de la lecture. Les unités de signification dégagées, correspondant à chaque idée différente, permettent de remonter du vécu vers le concept, elles représentent la structure du phénomène.
3- Développer le contenu des unités de signification de manière à approfondir le sens qui est contenu dans le matériel.
4- Réaliser la synthèse de tous les développements des unités de signification et décrire la structure typique du phénomène.

A partir de ce travail d'analyse, nous avons pu développer une technique explicative des données. Cette méthode rigoureuse permet une reproductibilité de l'analyse, dans le but d'accroître sa fiabilité.

Un double codage a été effectué afin de diminuer un potentiel biais interprétatif lors de l'analyse des verbatim. L'intégralité des entretiens a d'abord été codée par l'interne réalisant la thèse, puis dans un second temps par la directrice de ce travail, le Dr Jennifer COLLARD POLICAR.
Tout au long de ce travail, des rencontres régulières ont permis de mettre en commun les codages respectifs afin de discuter d'éventuelles divergences de signification ou d'interprétation.

Ce travail de double codage a donc permis de garantir la précision de la méthodologie et nous allons maintenant présenter les résultats.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

RECUEIL DES DONNEES

9 médecins interrogés ont été recrutés après un démarchage ciblé uniquement sur la zone d'exercice. Les médecins étaient contactés en se rendant à leur cabinet médical en fonction de leur ordre d'apparition sur le site internet des pages jaunes.
Le sexe du médecin était déterminé en fonction de son prénom puis confirmé lors de la rencontre.

Lors de cette étape, tous les médecins rencontrés par l'interne ont accepté de participer à l'étude. Seuls sont comptabilisés comme « médecin contacté », les praticiens à qui l'interne a pu expliquer le propos de l'étude, les messages et explications laissés aux secrétariats sans rencontrer le médecin ne sont pas comptabilisés.

Les 5 derniers médecins interrogés ont été recrutés sur conseils des premiers médecins interrogés afin d'équilibrer l'échantillon sur le sexe et l'âge.

Les entretiens ont eu lieu du 30 mai 2018 au 3 juillet 2018.
La durée moyenne est de 24 minutes, avec un minimum de 11 et un maximum de 36.

Les 14 médecins, 8 femmes et 6 hommes, sont âgés de 30 à 69 ans avec une moyenne d'âge de 51 ans.
Les types d'exercice étaient variés : 2 médecins étaient remplaçants, 6 médecins exerçaient en milieu urbain et 6, en zone semi-rurale et rurale.
11 médecins travaillaient en groupe et 3, seuls.
Le nombre d'années d'exercice variait entre 3 et 45 ans.

ANALYSE DES DONNÉES

1. Patientèle pédiatrique :

a) Part de consultations de nourrissons :

Nous avons commencé les entretiens en interrogeant les médecins sur leur patientèle pédiatrique afin de mieux comprendre leur pratique courante et leur implication dans le suivi de l'enfant de 0 à 2 ans.

La moitié des médecins pense avoir **une part peu importante de consultations de nourrissons** et le chiffre en pourcentage ou nombre de consultations par semaine : *" peu (...) 2% " ; " dans le temps oui, actuellement donc comme je suis semi-retraité j'en vois beaucoup moins (...) moins de 10% " ; " De nourrisson non (...) je dois avoir environ 10 nourrissons 0-2 ans, je dois en voir euh....3 par semaine " ; " non très peu (...) 5-10 " ; " c'est quelques enfants que je suis maintenant alors qu'avant c'était tous les jours plein d'enfants (...) 6 ou 7 ".*

Les raisons évoquées à cette faible proportion de consultations pédiatriques sont diverses :

- Un suivi du nourrisson effectué par le pédiatre : *" y'a un squeeze qui est fait par le pédiatre au moment de l'accouchement " ; " j'attends vraiment de plus travailler (...) avec euh, même les maternités (...) quand les bébés sortent de maternité de Bagnols, ils sont envoyés directement aux pédiatres " ; " le suivi est fait par les pédiatres qui voient les enfants en bonne santé ".*

- Des raisons propres au médecin :

- Ses conditions d'exercice :

  - Fin de carrière : *" Oui je suivais beaucoup plus avant oui (...) bon je travaille plus que 3 jours par semaine " ; " comme je suis semi-retraité ".*
  - Démographie médicale : *" depuis que, y a une raréfaction de, du nombre de médecins euh, euh on est obligé de suivre de plus en plus de personnes âgées et de pathologies chroniques ".*

- Son âge : *" c'est mon âge je pense ".*

- Son sexe : *" à cause de mon sexe (...) les femmes probablement préfèrent les médecins femmes ".*

- Sa volonté de ne pas faire le suivi : *" je les envoie au pédiatre jusqu'à 2 ans (...) je préfère parce que je pense que c'est beaucoup mieux fait ".*

D'autres médecins pensent avoir **une part importante de consultations de nourrissons** et le chiffrent en pourcentage ou nombre de consultations par semaine *: " oui, environ 15% " ; " oui 30% (...) une quinzaine " ; " ah oui ! Ça c'est certain ! (...) une petite dizaine par jour (...) moi je suis pas à temps plein donc on va dire 25 " ; " oui (...) 1 ou 2 par semaine je dirai ".*

Enfin, 2 médecins ne savent pas *: " Alors là je, je saurai pas par rapport aux autres, je saurai pas, on en a, on les vaccine, on les voit dés 1 mois… (...) aucune idée " ; " je sais pas (...) je vais dire entre, entre 5 et 15 par semaine ".*

b) La durée moyenne d'une consultation de nourrisson :

Varie entre 15 et 30 minutes : *" Un nourrisson ça dure à peu près 20 minutes " ; " 15 min " ; " je dirai 25 minutes " ; " demi-heure " ; " Entre un quart d'heure et une demi-heure " ; " au moins une demi-heure " ; " les consultations de suivi c'est 30 minutes (...) consultation enfant-malade intercurrente c'est 15 minutes." ; " si c'est une consultation non programmée (...) ça va être un quart d'heure (...) si c'est une consultation programmée (...) ça peut même être de 20 minutes ".*

c) La durée moyenne d'une consultation d'adulte :

Varie entre 10 et 30 minutes : *" un quart d'heure " ; " c'est très variable, ça peut être 10 minutes, ça peut être une demi-heure " ; " plutôt entre 10 et 15 " ; " autour de 15 minutes à peu près " ; " Pour un adulte… vingt minutes, c'est plus long pour les enfants " ; " un quart d'heure, vingt minutes " ; " 20 minutes ".*

Pour la majorité des médecins, **les consultations de suivi de nourrissons durent plus longtemps** que les consultations de pathologies aiguës ou les consultations pour un adulte.

d) A la question : effectuez-vous des consultations de suivi du développement des enfants de 0-2 ans en dehors des pathologies aiguës ?

- La majorité des médecins répond **qu'ils effectuent des consultations de suivi** :
  " Ah oui, oui, oui bien sûr " ; " oui les consultations du nourrisson " ; " oui " ; " j'en ai oui, j'en ai ".

- Les autres déclarent **ne pas faire de consultation de suivi ou en effectuer très rarement** *: " plutôt non (...) j'en fais très peu " ; " non... ah euh oui, ben euh oui ça m'arrive, j'ai quelques nourrissons mais pas beaucoup " ; " très peu hein, moi je vois surtout des nourrissons en aigu " ; " Quasiment jamais, je les envoie au pédiatre " ; " très peu, très peu, beaucoup moins qu'avant ".*

e) Enfin, tous les médecins qui effectuent un suivi de nourrisson suivent **le calendrier officiel de la sécurité sociale, avec un suivi rapproché les 6 premiers mois** :

" tous les mois jusqu'à 6 mois, ensuite tous les trimestres jusqu'à…jusqu'à 1 an, enfin jusque 15 mois même et ensuite tous les 6 mois." ; " tous les mois jusqu'à 6 mois à peu près, après 9 mois, 12 mois je dirai 15-18 et 2 ans à peu près " ; " Une fois par mois jusqu'à 1 an, une fois tous les 3 mois de 1 an à 2 ans " ; " tous les mois les 6 premiers mois. Et si tout va bien après on les revoit au neuvième mois et puis après au 11ème mois, enfin sur le calendrier qui est, qui est fixé normalement par la sécu " ; " en général ça va être tous les mois jusqu'à 6 mois, après 9 mois, 12 mois, euh 11 mois, 12 mois pour les visites obligatoires et les vaccinations ".

2 médecins **ne savent pas et n'effectuent pas ou très rarement un suivi :**
" je ne sais pas (rires) " ; " jamais, je les envoie au pédiatre ".

2. Exploration du rôle de soutien à la parentalité :

2.1. Vision globale :

a) Définition du soutien à la parentalité :

Nous avons souhaité commencer cette partie en posant une question générale et avons donc demandé aux médecins généralistes comment ils définissent le soutien à la parentalité.

Les réponses sont variées, le soutien à la parentalité est défini comme :

- Une aide aux parents : *" ben les aider " ; " une aide aussi à, comprendre son rythme et, et à l'accepter " ; " l'aide qu'on peut donner aux parents ".*

- Un accompagnement des parents : *" Comme un accompagnement euh, au questionnement quotidien " ; " un accompagnement auprès des parents " ; " l'accompagnement du rôle de parents voilà ".*

- Une information, un conseil sans question préalable des parents : *" une information de, de rythme de l'enfant euh de ses besoins et de son développement (…) expliquer euh la pathologie et son…euh sa prise en charge et son, son avenir " ; " réexpliquer les , les normes de, de sommeil, d'hygiène et d'alimentation " ; " il pleure il faut faire ci, faut lui donner à manger à tel rythme " ; " des conseils très simples " ; " comment se comporter par rapport à, à l'enfant " ; " pour les choses de base ".*

  Certains médecins insistent sur le fait que ce sont des conseils simples du quotidien : *" des conseils très simples " ; " les choses de base " ; " au questionnement quotidien " ; " de la vie courante " ; " questions qui peuvent paraître un peu bêtes ".*

- Une détection de problèmes éventuels : *" c'est voir déjà comment euh, les parents se comportent avec l'enfant " ; " voir (…) si les parents euh, sont présents et comment ils s'occupent en fait de l'enfant et les soins qu'ils peuvent lui apporter ".*

  - D'interaction : *" repérer éventuellement si y a des problèmes d'interaction ".*
  - D'anxiété parentale : *" s'ils sont à l'aise, ils sont inquiets " ; " s'ils sont stressés ou pas stressés " ; " repérer éventuellement (…) des parents anxieux ".*

- Une réponse aux questions des parents : *" Comme un accompagnement euh, au questionnement quotidien " ; " toutes les questions de, euh de la vie courante " ; " répondre aux questions qui peuvent paraître un petit peu bêtes " ; " surtout une réponse aux, aux questions des parents qui sont souvent très angoissés " ; " déjà répondre aux questions éventuelles ".*

- Une écoute : *" il faut être capable en effet d'être, de, de les écouter " ; " l'écoute des parents, de leurs difficultés ".*

Lors de cette définition, les médecins évoquent spontanément différents thèmes à aborder avec les parents. Ils sont présentés ici, du thème le plus cité au thème le moins cité :

- L'alimentation : *" de l'alimentation " ; " que faut-il donner à manger " ; " sur l'alimentation " ; " gérer un trouble de l'alimentation " ; " la nutrition " ; " les normes (..) d'alimentation " ; " la façon dont on va l'alimenter " ; " faut lui donner à manger à tel rythme " ; " comment téter, donner un biberon, comment prendre le sein ".*

- Le sommeil : " du sommeil " ; *" le sommeil " ; " comment gérer un trouble du sommeil " ; " les normes de, de sommeil " ; " le sommeil ".*

- L'éducation : *" lié à des erreurs éducatives " ; " faut-il gronder, pas gronder " ; " éducatif (...) la façon dont on va l'éduquer ".*

- La compréhension du rythme et du développement de l'enfant : *" à quel rythme on donne le sein (...) comment coucher ses enfants (...) la façon de…d'être en contact (...) compréhension du nouveau-né, de son mode de fonctionnement (...) comprendre son rythme (...) de rythme de l'enfant euh de ses besoins et de son développement (...) psychologique " ; " comment se comporter par rapport à, à l'enfant ".*

- Les pathologies éventuelles : *" et somatique de l'enfant " ; " expliquer euh la pathologie (...) sa prise en charge et son, son avenir ".*

Un médecin n'a pas de définition : *" ……. pas d'idée …. Aucune idée ".*

b) A la question : pensez-vous que la guidance parentale peut s'inscrire dans la prévention primaire et secondaire ?

- La majorité des médecins s'accorde à dire qu'il s'agit de **prévention primaire et secondaire** : *" Oui c'est tout à fait important " ; " ben oui, oui, oui dans la prévention primaire et secondaire " ; " Bien sûr, bien sûr " ; " La guidance parentale s'inscrit dans la prévention primaire et secondaire " ; " oui, c'est sur oui, oui, oui, bien " ; " c'est fondamental " ; " Ah oui ! oui je suis assez persuadée que c'est hyper important " ; " toute la consultation elle est, elle est basée là-dessus ".*

  Puisqu'ils estiment que la guidance parentale a pour objectif :

- D'anticiper les problèmes *: " d'anticiper éventuellement les problèmes " ; " pour éviter euh les problèmes " ; " ce qui est parfois plus dur finalement (...) c'est d'arriver à s'apercevoir quand y a des situations un peu plus délicates ".*

- De résoudre les problèmes : *" quand y a un problème qui se pose on essaie d'y apporter une réponse." ; " et essayer de résoudre ces problèmes ".*

- D'informer, de donner des conseils simples : *" C'est tout bêtement ça, allez à la bibliothèque c'est un euro par an, lisez-lui des histoires tous les soirs, donnez-lui la tétée, ils sont malades donnez-lui la tétée toutes les 10 minutes pour l'hydrater (...) le mettez pas dans un youpala, sortez-le de sa coque-machin, mettez-le par terre " ; " le conseil aux parents est tout à fait euh déterminant " ; " pour les accidents domestiques (...) donner des, des conseils, un peu basiques (...) les mesures simples " ; " Pour les, les guider, dans la prise en charge, dans l'éducation, dans les soins " ; " l'explication de, de , des soins , de l'alimentation, de, des problèmes de, de sommeil " ; " je prends du temps en tout cas à expliquer aux parents ".*

  Particulièrement pour :

- Les milieux défavorisés : *" y'a des milieux évidemment où, euh le conseil aux parents est tout à fait euh déterminant (...) je pense aussi euh aux milieux défavorisés ".*

- Les mères jeunes : *" en particulier aux très jeunes mamans ".*

- Les familles multiculturelles : *" où on ne possède pas bien la langue française ".*

- Les parents anxieux : *" un parent anxieux qui pourrait transmettre son anxiété " ; " les désangoisser justement " ; " pour les parents qui sont moins à l'aise peut-être qu'ils auraient besoin d'aide extérieure effectivement ".*

- Seul un médecin a répondu **NON** : *" non (…) pas du tout ".*

  En exprimant **un agacement** : *" j'avoue que ça me dépasse et ça m'agace en plus ".*

  La raison évoquée par le médecin est que **la guidance parentale n'est pas nécessaire puisque la parentalité devrait être naturelle :** *" des questions que posent certaines mères.....je les trouve tellement (…) tellement bêtes (…) c'est du bon sens qu'elles n'ont plus ".*

- Un autre médecin **ne sait pas** : *" Waouh, la prévention primaire et secondaire ? des troubles du développement de l'enfant ? ……. (Geste ne sait pas) ".*

c) Rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement et le soutien à la parentalité :

Nous leur avons ensuite demandé si, en tant que médecin généraliste, ils pensent avoir un rôle d'accompagnement et soutien à la parentalité.

- La majorité des médecins a répondu **OUI** : *" oui " ; " Bien sûr, bien sûr, bien sûr " ; " oui, oui " ; " Oui mais y a très peu de demandes " ; " Oui tout à fait oui " ; " oui mais en fait peu (…) j'ai pas l'impression de beaucoup faire dans le rôle de soutien à la parentalité " ; " Oui je pense que oui même si parfois je suis un peu euh, pas forcément à l'aise mais je pense que oui (rires) ".*

Les médecins définissent ce rôle comme :

- Un rôle de réassurance parentale : *" que bien sûr on a besoin de conseils, bien sûr on va faire des erreurs et c'est en, en travaillant sur ces erreurs qu'on devient de meilleurs parents " ; " en cernant leurs inquiétudes, leurs difficultés et euh en essayant de dédramatiser certaines situations " ; " montrer que leur anxiété, leur angoisse, le, est légitime aussi " ; " c'est les rassurer sur le fait qu'en fait c'est normal. C'est chiant, c'est fatigant, c'est épuisant mais c'est normal (...) je pense que le soutien il est aussi là, leur dire ben oui, oui ça va très bien " ; " expliquer aux parents, soit les désangoisser justement, soit leur expliquer comment, comment on peut faire ".*

- Un rôle d'accompagnement : *" Euh d'accompagnement " ; " c'est les accompagner, avec eux, à gérer les difficultés du quotidien ".*

- Un rôle de réponse aux questions : *" ce rôle de réponse aux questions " ; " En répondant aux questions des parents " ; " c'est être là pour répondre à toutes les questions qu'ils peuvent se poser " ; " on répond plutôt aux questions des parents plutôt que de, nous-même poser des questions ".*

- Un rôle d'information : *" réexpliquer la nécessité d'empathie de la part des parents envers l'enfant euh réexpliquer les normes d'hygiène et d'alimentation " ;" un rôle de conseils ".*

- Un rôle d'écoute et une disponibilité : *" laisser la, la parole aux parents " ; " être quand même disponible ".*

- Un rôle de renforcement positif : *" un rôle déjà de valorisation de, de, des parents, de, de ce qu'ils font ".*

- Un rôle dès la période anténatale : *" patientes enceintes et puis parfois de parler un peu déjà, en amont de, ben comment elles ont envisagé les choses ".*

Certains médecins expliquent **avoir un rôle limité** pour plusieurs raisons :

- Le manque de temps : *" je suis débordée par l'administration et l'informatique et j'aimerai bien passer plus de temps à m'occuper un petit peu de ça " ; " on pourrait plus mais y a le problème du temps ".*

- Le manque d'envie du médecin : *" je les envoie au pédiatre jusqu'à 2 ans ".*

- Le rôle pris par d'autres professionnels : *" comme ils sont suivis en PMI, je pense que c'est fait là-bas mais du coup moi j'interviens pas trop ".*

- Le peu de demandes exprimées par les familles : *" mais y a très peu de demandes" ; " ça arrive peu parce que les gens ils nous demandent pas vraiment quoi (...) quand les parents ils viennent nous voir ils veulent un truc médical. Ils veulent pas les conseils de grand-mère quoi ".*

Des médecins expriment **l'importance et la nécessité de la guidance parentale** : *" on se rend compte de l'importance " ; " je pense qu'il y a un énorme travail à faire et qu'il n'y a plus de poste de PMI ".*

Ils évoquent différentes raisons quant à l'importance de ce rôle :

- La parentalité n'est pas innée et doit s'apprendre : " *que c'est justement pas inné " ; " les parents ne sont pas nés avec une formation parentale " ; " y a beaucoup de mamans qui sont un petit peu démunies, qui ont les enfants un peu tard et qui oublient un peu ce côté euh, spontané* ".

- Le changement de société : " *y a plus trop la transmission de grand-mère à mère " ; " avant c'est les grands-mères qui donnaient des conseils à leur petites-filles, les mères, les grands-mères " ; " par rapport à mon début d'exercice, j'avais l'impression que les mères étaient plus ou moins guidées par leur propre mère alors que maintenant c'est plus le cas du tout* ".

- Il faut répondre à l'anxiété parentale : " *ce qu'ils veulent de toute façon c'est, c'est être rassurés la plupart du temps " ; " surtout une réponse aux, aux questions des parents qui sont souvent très angoissés " ; " Ben si vous voulez la question des parents c'est est-ce qu'il a un développement moteur normal euh, par rapport à son âge " ; " essayer de limiter aussi le , le, l'angoisse " ; " ils sont souvent stressés et qu'on est là pour les rassurer en fait " ; " ils ont besoin de savoir que, ils font pas de mal à leur bébé, qu'ils font , ben qu'ils sont de bons parents* ".

- La nécessité du soutien pour les parents en difficulté : " *on est dans une ville ou y a énormément de précarité, de familles monoparentales, de familles immigrées, voilà de difficultés et euh avec des grands besoins de soutien, de conseils et de guidance " ; " on a beaucoup de familles qui sont éclatées* ".

Des médecins expliquent qu'ils **travaillent en réseau** : *" Moi j'ai, ça m'arrive d'appeler la sage-femme ou des pédiatres avec qui on travaille, euh ou la PMI ou, euh parce que bon y a des questions des fois qui, qui me paraissent un petit peu, voilà, incongrues ".*

Des médecins expliquent que **c'est un sujet qui leur plait** : " *c'est passionnant moi je suis de la génération Dolto " ; " j'aimerai bien passer plus de temps à m'occuper un petit peu de ça c'est passionnant ".*

D'autres médecins expliquent que **l'action est évidente et naturelle pour le médecin** : " *on s'en rend pas trop compte en fait dans la consultation, ça fait partie de l'examen et tout en parlant on se rend compte de l'importance* ".

- Seul un médecin a répondu **NON** : " *hum hum (geste non)* ".

  En évoquant plusieurs raisons :

- Son manque d'envie : " *j'ai pas la patience de le faire je crois* ".

- Le fait que la guidance est inutile : puisque la parentalité devrait être naturelle : " *c'est une mission de la part des parents qui ont pas envie, pas spécialement envie de s'investir au départ " ; " Mais je suis, je suis d'une vieille génération (…) on n'était pas obligé de tout dire aux gens, de tout leur apprendre avant ça se faisait naturellement* ".

- Le fait qu'il s'agit du rôle d'un autre professionnel : " *Peut-être que c'est le rôle des sages-femmes au moment de la préparation à l'accouchement " ; " préparation à ça plutôt qu'une préparation qu'à l'accouchement et puis après débrouillez-vous* ".

- Le fait qu'il s'agit du rôle de l'entourage familial : " *c'était l'apprentissage un peu familial, l'entourage familial " ; " les mères étaient plus ou moins guidées par leur propre mère alors que maintenant c'est plus le cas du tout. On a l'impression d'avoir des femmes enfants qui… qui découvrent* ".

2.2. Environnement de l'enfant :

2.2.1. Environnement psycho-social de l'enfant :

a) Les éléments de l'environnement psychosocial de l'enfant cités par les médecins sont :

En premier lieu **les parents :**

- **Les particularités parentales :**

- Le niveau socio-économique des parents : *" c'est la situation euh …des parents la situation sociale déjà des parents " ; " un milieu défavorisé " ; " qui sont précaires socialement (..) inversement des gens d'un haut niveau social " ; " le niveau social de la famille" ; " Aux moyens financiers " ; " on est dans une ville ou y a énormément de précarité " ; " des difficultés euh d'ordre financier " ; " niveau de vie ".*

- Le niveau intellectuel des parents *: " intellectuellement y a des gens qui sont favorisés et d'autres qui sont défavorisés " ; " le niveau euh intellectuel de la famille " ; " ce qu'on appelle la corticalisation de l'individu " ; " niveau intellectuel ".*

- Le niveau socio-professionnel des parents : *" leur niveau socio professionnel " ; " qui travaillent pas " ; " Et au niveau socio-professionnel " ; " le travail et l'environnement de la classe parentale ".*

- Le niveau socio-culturel des parents : *" au statut socio-culturel des parents " ; " milieu socio-culturel " ; " niveau culturel ".*

- **L'histoire familiale :** *" c'est tout le passé familial " ; " eux-mêmes ont eu un environnement psycho-social favorable " ; " familles immigrées ".*

- **La composition du foyer familial :** *" très jeune âge de la mère " ; " foyer éclaté " ; " au nombre d'enfants dans la famille " ; " familles monoparentales " ; " si y a un papa, si y a pas de papa " ; " si les 2 parents sont présents, si c'est, si c'est une femme seule, euh si c'est alors les papas seuls c'est beaucoup plus rare " ; " sa famille, un parent, deux parents, une fratrie ".*

- **Les habitudes et le comportement des parents :** *" qui fument toute la journée dans leur appartement " ; " lutter déjà contre le tabagisme parental " ; " sur les horaires " ; " limités un peu dans leurs activités, euh soit parce que, manque de temps ".*

Quelques médecins citent aussi toutes **les autres personnes en contact avec l'enfant :**

- **L'entourage familial :** *" à tous les adultes qui peuvent intervenir euh ben dans, ben dans sa vie donc euh les grands-parents, cousins, cousines " ; " qui est-ce que l'enfant voit le plus, parce que finalement s'il passe 10 heures chez la nounou euh, 5 jours par semaine c'est quand même elle qui le voit au final le plus " ; " les grands-parents ".*

- **Le mode de garde :** *" est-ce que l'enfant est chez la nounou, est en crèche ou c'est vous qui le gardez " ; " le mode de garde ".*

D'autres médecins évoquent **le lieu de vie de l'enfant** *:*
" l'environnement dans lequel vit l'enfant " ; " l'environnement l'habitat " ; " un enfant qui va vivre en appartement sans extérieur " ; " le mode d'habitat " ; " si euh bon l'enfant a une chambre à lui " ; " à l'appartement dans lequel il vit " ; " la maison dans laquelle il vit, sa chambre, euh comment c'est chauffé euh enfin voilà comment c'est aéré ".

Certains médecins expriment qu'il faut être **attentif quel que soit le milieu familial** : *" c'est pas parce qu'on est bas socialement qu'on gère pas bien psychologiquement et inversement " ; " on pense souvent que dans des familles pas favorisées y a un environnement psycho social qui est plus compliqué (...) dans des niveaux sociaux très favorisés y a parfois un abandon des enfants qui est catastrophique au niveau du développement de la personnalité et de la confiance en soi " ; " c'est pas parce que des gens sont d'une classe sociale défavorisée, qu'il ne sont, qu'ils sont de mauvais parents " ; " c'est pas que le bas milieu social qui a des problèmes ".*

D'autres évoquent les **inégalités Sociales** : *" on ne naît pas tous avec les mêmes chances " ; " à l'intérieur de la France, y a des endroits où c'est plus ou moins facile de vivre quoi ".*

b) A la question, lorsque vous conseillez les parents sur le développement de leur enfant, prenez-vous en compte cet environnement ?

Les médecins répondent **OUI à l'unanimité** : *" oui, il faut en tenir compte (...) c'est une aide précieuse " ; " bien sûr, bien sûr, on ne peut pas ne pas prendre en compte " ; " Ben oui ! parce que ici on est en semi-rural et on connaît les familles " ; " Oui tout à fait " ; " Ah ben automatiquement oui ".*

Les médecins **adaptent leurs conseils** en fonction de leur connaissance :

- De la fratrie : *" on connaît quand même l'ensemble de la famille donc on voit déjà euh, comment ça se passe avec les frères et sœurs ".*

- Des parents : *" on les connaît en dehors d'avoir des enfants " ; " forte proportion de population défavorisée, euh, avec des familles monoparentales " ; " laquelle mère est, n'est pas, bon sur le plan social quand même y a souvent de la précarité et puis ben ça retentit sur le comportement hein, qui n'est pas toujours optimal vis-à-vis de l'enfant ".*

- De l'entourage familial : *" quand y a un entourage familial euh, d'ailleurs les parents sont moins inquiets ".*

- Du niveau socio-économique des parents : *" des personnes qui sont euh, qui sont moins défavorisées " ; " Et bien je pense qu'il y a des familles je vais pas dire d'aller à la librairie acheter des livres " ; " y a souvent de la précarité et puis ben ça retentit sur le comportement hein, qui n'est pas toujours optimal vis-à-vis de l'enfant " ; " par exemple par rapport aux niveaux les plus bas souvent ils sont suivis en PMI. Donc euh moi je suis pas dans le suivi ".*

- Du niveau intellectuel supposé : *" quand je dis défavorisées c'est peut-être aussi intellectuellement " ; " on voit des gens qui sont dans des niveaux sociaux euh correct avec un intellect qui quand même pas toujours euh terrible " ; " avec des gens qui comprennent pas toujours facilement " ; " des fois je, j'arrive pas à trouver les bons mots, je suis un peu trop haut (...) on essaie de descendre un peu ".*

- Des habitudes de vie : *" parents qui font jamais de sport, qui sortent jamais le week-end, ben de leur dire bon ben allez amener votre enfant faire du vélo ça vous fera du bien pour vous et surtout pour lui aussi ".*

- De l'origine des parents : *" y a parfois une barrière de la langue, c'est difficile, les coutumes " ; " mamie euh est d'une certaine origine culturelle et que le poids est un peu élevé (...) mamie est peut-être de bons conseils mais que la science a montré certaines choses ".*

Cette connaissance de l'environnement **modifie l'attitude du médecin** :

- **Adaptation du langage** : *" faire plus attention à ce qu'on dit " ; " on va utiliser un langage adapté, à la personne qui est en face de nous " ; " j'arrive pas à trouver les bons mots, je suis un peu trop haut (...) on essaie de descendre un peu " ; " On va pas utiliser les mêmes termes déjà ".*

- **<u>Adaptation des conseils</u>** :

  - <u>Utilisation de support papier</u> : *" on est obligé de peut-être de donner des documents ".*

  - <u>Conseils simples</u> : *" Ça sert à rien de donner 10 conseils si on pense que l'interlocuteur en face il est capable d'en entendre qu'un seul à la fois quoi " ; " nos conseils ils sont, ils seront plus ou moins simples pour pouvoir être appliqués " ; " je vais me permettre des conseils simples " ; " je pense qu'on insiste plus sur les conseils qu'on pense de base " ; " de choses qu'on va pas évoquer avec des personnes qu'on estime pas dans le, dans la difficulté " ; " on a des gens ils comprennent rien et ben, enfin, les conseils on va essayer de donner vraiment le truc de base " ; " y a des choses à apprendre , euh découvrir un enfant quand il a de la fièvre, c'est pas toujours évident (...) .le couchage aussi ".*

- **<u>Augmentation :</u>**

  - <u>Du temps de conseil</u> : *" on est obligé de passer plus de temps ".*

  - <u>Du nombre d'informations données</u> : *" faire plus attention à ce qu'on dit " ; " je vais plus insister sur " ; " certains parents ont besoin d'autres choses, de soutien et, et de, d'informations (...) ça parait évident pour nous mais euh, dans certaines, dans certains milieux c'est, c'est, c'est pas du tout le cas ".*

  - <u>Des questions posées</u> : *" quand on s'adresse à l'enfant de, d'une enseignante on va être probablement moins intrusif que quand il s'agit de l'enfant de quelqu'un qui vient d'un milieu défavorisé " ; " globalement on fouille moins quand y a un, y a une, un entourage familial " ; " orienter le discours, enfin le questionnement des parents ".*

  - <u>De l'aide apportée</u> : *" dans un bas niveau social (...) besoin, beaucoup plus facilement de l'aide, du soutien ".*

2.2.2. Parentalité :

a) A la question : quand vous recevez un enfant en consultation, cherchez-vous à savoir comment cet enfant est sollicité et stimulé ?

La majorité des médecins répond qu'il **le fait systématiquement** : *" bien sûr, bien sûr " ; " Oui j'essaie de savoir oui " ; " Ouais, souvent ouais " ; " Ah oui, oui ! moi je demande".*

- Pour cela, des médecins **ne questionnent pas les parents mais observent** :

- L'attitude du parent envers le nourrisson : " *je pense que c'est un ressenti plus qu'une question que je vais poser (...) en fait souvent on le voit quand ils déshabillent l'enfant sur la table à langer " ; " c'est pas la peine de voilà de poser la question (...) quand on leur dit de préparer le gamin (...) on voit comment elle se comporte avec " ; " Oui, C'est très vite vu ça hein (...) Y a pas besoin de poser la question (...) on voit très bien les mamans qui dialoguent avec leur petit* ".

- L'interaction parent-enfant : " *déjà quand on voit la relation parents et nourrisson on a déjà une idée de, de, de leur relation ou de leur non-relation " ; " Je m'en fais une idée quand je vois l'interaction entre les parents et l'enfant* ".

- L'attitude du nourrisson : " *on le voit tout de suite (...) au niveau sollicitation en fait on le sent " ; " avec un bébé calme, on voit dans le comportement de l'enfant comment il est traité* ".

- D'autres médecins **questionnent les parents** : " *ils ont un tapis d'éveil, est-ce qu'il va devant l'écran " ; " la tétine, le pouce euh le, le ,les rythmes de sommeil " ; " la qualité du sommeil je pense, déjà du bébé et de l'appétit, ça donne des, des indications " ; " si ils le posent par exemple au sol, si, parce que si il est assis en permanence euh c'est sûr qu'il peut pas développer sa, sa mobilité* " ; *" on parle beaucoup à l'enfant, qu'on joue avec lui, que, on respecte les, les périodes de repos ".*

Quelques médecins répondent **NON** : *" non, pas forcément " ; " non " ; " J'ai pas le temps pour ça ".*

D'autres le font **s'ils détectent un problème** : *" Non, pas systématiquement, non " ; " si y a des soucis " ; " c'est pas systématique (…) l'impression qu'en effet il y a quelque chose qui ne se passe pas bien là oui je vais poser des questions ".*

b) La majorité des médecins déclare que cette connaissance **modifie la façon dont ils interprètent l'examen physique du nourrisson :** *" bien sûr, bien sûr, bien sûr (…) les parents repartent avec des conseils et au fur et à mesure des consultations, on essaie d'observer, de voir si ces conseils-là sont, sont euh…sont respectés." ; " oui, oui " ; " Ah ben oui, oui " ; " Ah oui c'est sûr " ; " oui ".*

Les éléments pris en compte, cités par les médecins sont :

- Les antécédents psychiatriques maternels avec une orientation rapide à la PMI ou au pédiatre : *" des mères qui ont des troubles psychiatriques (…) par son comportement et par des retards que ça suppose. Donc là on passe généralement la main soit aux pédiatres, soit à la PMI ".*

- La discordance entre l'investissement parental et le retard du nourrisson : *" des parents extrêmement investis mais que l'enfant a un retard moteur on pourrait se dire que là, ben y a peut-être vraiment un problème " ; " Un enfant très stimulé et qui ne parle pas euh, ou qui ne tient pas assis ça va être différent d'un enfant qui est, que l'on voit dans son cosy ".*

- Le niveau social des parents : *" d'une classe sociale défavorisée, qu'ils ne sont, qu'ils sont de mauvais parents …mais ça nous alerte parce que ça peut être des, euh… des actes non intentionnels, par négligence ou par méconnaissance ".*

Les médecins déclarent particulièrement modifier leur interprétation lorsqu'il s'agit :

- Du langage : *" si effectivement c'est plus un retard de langage parce que les parents sont bilingues (…) d'insister et de préparer la rentrée à l'école plus en français " ; " surtout le retard de langage (…) si les parents ne font pas l'apprentissage c'est vrai que l'enfant est, donc moi à ce moment-là je les incite à les, les confier à une collectivité " ; " en particulier dans le langage par exemple (…) on va rassurer les parents ".*

- De la motricité : *" Entre un enfant très stimulé et un enfant qui effectivement reste assis et attaché toute la journée, euh l'examen sera pas le même, sera pas interprété de la même façon ! " ; " au niveau de la mobilité ".*

Peu de médecins déclarent **ne pas interpréter l'examen différemment** : *".....non, je me suis jamais posée la question…" ; " euh pas vraiment " ; " Interpréter l'examen non ! ça non, non ".*

c) Observation de la relation parent/enfant :

Tous les médecins observent la relation **du parent avec son enfant lors de la consultation** :
" Ah oui, oui, oui ben ça oui " ; " oui (…) c'est un tout, c'est une ambiance générale et forcément on le perçoit " ; " Bien sûr, l'interaction parents-enfant est très importante " ; " Oui tout à fait ouais " ; " Oui beaucoup " ; " Oui bien sûr " ; " c'est intéressant du coup de voir l'interaction des 2 parents vis-à-vis de l'enfant " ; " je pense que c'est la relation entre eux " ; " Oh ben oui, oui ".

Les médecins sont particulièrement attentifs à **l'attitude du parent :**

- La façon de parler à l'enfant : *" on voit comment ils parlent à leurs enfants " ; " je les reprends parfois c'est dans leur façon de parler à leurs enfants " ; " les parents leur parlent et leur expliquent les choses " ; " comment ils communiquent " ; " s'il l'engueule " ; " à la manière de lui parler ".*

- Les gestes du parent avec l'enfant : *" à la façon dont il est tenu, regardé " ; " la façon de manipuler, la façon de les porter " ; " comment ils le sortent de la poussette, comment ils le posent, comment ils le déshabillent " ; " rien que le déshabillage de l'enfant ".*

- L'attitude face aux réactions de l'enfant :

  - La capacité à rassurer l'enfant : *" leur capacité à les rassurer " ; " y a des mamans qui vont tout de suite donner un livre (...) d'autres qui vont leur coller la suc, tétine dans la bouche dès qu'ils vont crier " ; " des parents qui sont quand même euh, plus habiles euh pour les calmer " ; " inadapté par rapport aux pleurs de l'enfant " ; " un parent rassurant ou pas ".*
  - L'anxiété parentale : *" aux pleurs de l'enfant ou c'est, on voit que finalement ça stresse le parent " ; " même si l'enfant pleure ou qu'il se, ils se déstabilisent moins " ; " est-ce qu'il est à l'aise, pas à l'aise euh stressé, pas stressé, euh ou s'il s'en occupe ou si il me laisse faire ".*
  - L'énervement : *" les signes d'énervement des parents ".*

- L'investissement de chaque parent : *; " qu'est-ce que fait le papa, qu'est-ce que la maman laisse faire au papa " ; " quand les parents viennent en couple (...) c'est le père qui va déshabiller l'enfant (...) et puis on s'aperçoit que, parfois la mère est, est marginalisée (...) soit parce que le père est trop présent, soit parce qu'elle est incapable ".*

Des médecins sont aussi attentifs :

- Aux signes évocateurs de maltraitance : *" je suis attentif à ce qu'il y ai pas de traces de coups " ; " j'essaie surtout de repérer euh les gros traits qui pourraient avoir, euh un lien avec la maltraitance " ; " je redoute un peu moi les mères qui en font trop hein (...) en général ça cache autre chose ".*

- Aux signes évocateurs de grandes difficultés : *" repérer les grandes difficultés, quasiment dans l'incompétence parentale (...) ça nécessite une prise en charge euh, particulière ".*

Quelques médecins sont attentifs à **l'attitude du nourrisson** : *" petits comment ils regardent (...) la mère, avec le sourire " ; " comment l'enfant réagit, s'il est anxieux ".*

d) Rôle d'accompagnement des parents dans l'établissement du lien affectif avec leur enfant :

Des médecins ont répondu **ne pas avoir de rôle dans le soutien du lien affectif parent/enfant** : *" non " ; " Très peu " ; " je devrais mais j'ai pas le temps " ; " pour l'instant en tout cas j'y trouve pas mon rôle " ; " Oh…ça serait bien mais non ! " ; " non ".*

Les raisons évoquées sont :

- Le manque de temps : *" je devrais mais j'ai pas le temps " ; " Parce que, une consultation ça dure pas suffisamment longtemps ".*

- Le manque de légitimité : *" j'ai pas cette prétention " ; " le fait de pas être parent (…) on se sent moins formé " ; " pour l'instant en tout cas j'y trouve pas mon rôle ".*

- Le fait de ne pas être à l'aise : *" c'est un sujet sur lequel ouais je suis un peu moins à l'aise ".*

- Le fait que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste : *" non…ça me dépasse un peu je pense " ; " c'est leur histoire donc moi je suis que le médecin généraliste (…) le lien affectif entre les parents et l'enfant non ".*

Des médecins pensent **avoir un rôle dans l'établissement du lien affectif parents/enfant :** *" oui (…) effectivement je pense qu'on a un rôle " ; " oui bien sur " ; " oui, oui " ; " Euh j'espère que oui " ; " j'essaie de donner des petits conseils, mais sont-ils entendus ? j'ai l'impression que oui quand même ".*

- Tous déclarent avoir un rôle de réassurance parentale : *" on essaie de les rassurer, de leur dire que c'est pas grave, que ça va passer " ; " Je pense que c'est beaucoup dans la réassurance en fait " ; " d'encourager, de rassurer, de dédramatiser " ; " dans la réassurance " ; " les encourager dans leur comportement " ; " Et les rassurer sur euh, sur que, ils font bien et que, y a pas de problème, et que ben tout va bien " ; " qu'ils sont souvent stressés et qu'on est là pour les rassurer en fait ".*

- Certains donnent des conseils de stimulation : *" on stimule les parents à établir un contact, à jouer avec l'enfant, à lui parler ".*

- D'autres donnent des conseils pour favoriser l'autonomie de l'enfant : *" la distance qu'on va mettre entre l'enfant et le parent, cette distance va, euh, permettre au parent de se développer en tant que parent, euh par des conseils et à l'enfant de se développer en tant qu'être euh autonome ".*

Un médecin déclare **avoir un rôle s'il détecte un problème** : *" s'il apparaît en effet que l'enfant est opposant ".*

e) A la question si l'un des parents n'est pas présent lors des consultations, pensez-vous qu'il faille le solliciter pour le recevoir secondairement ?

La majorité des médecins répond **NON :** *" c'est un petit peu difficile de, de faire ça " ; " je pense c'est pas forcément nécessaire " ; " oh non " ; "……. Pas forcément…. non " ; " Non ! Parce que je sais qu'y en a qui viendront pas " ; " Non, ça je le fais pas " ; " non pas systématiquement ".*

Un médecin répond **NON mais l'absence de la mère l'interroge** : *" si c'est toujours le papa c'est quand même euh, ça amène à se poser des questions ".*

Les raisons évoquées sont :

- L'emploi du temps, la disponibilité des parents : *" le père n'est pas là ou la mère (…) c'est un problème de, d'emploi du temps " ; " le père il travaille, la mère elle est en congé parental " ; " celui qui vient en consult c'est celui qui a le temps de le faire " ; " je sais pourquoi y en a un qui est pas là, c'est que y en a un qui travaille " ; " Parce que souvent le père il travaille " ; " il est pas là parce qu'il travaille " ; " d'organisation ".*

- La non-nécessité : *" la plupart du temps c'est pas nécessaire ".*

  - Du fait de la connaissance de la famille : *" en tant que médecin de famille on connaît quand même, enfin, on, normalement, on connaît quand même le père ".*

  - Ou parce qu'il s'agit du rôle d'un autre professionnel : *" on est dans le suivi quotidien avec des conseils, on est pas dans une démarche euh, de, de thérapie familiale ou de soutien ".*

Une minorité de médecins a la **volonté de recevoir les 2 parents** : *" Bien sûr, euh, euh je, je demande euh je suis assez franc dans, dans mes consultations " ; " j'essaie " ; " m'adapte pour les horaires, j'aime bien qu'ils viennent avec, les 2 parents, au moins au début ".*

Ils relèvent **des difficultés à rencontrer les 2 parents :**

- Avec la contrainte d'horaires des pères : *" c'est pas toujours intentionnel parce que certains ont du travail, des professions qui les prennent et moi je suis pas disponible tout le temps non plus à leurs horaires " ; " si y a les horaires, parce qu'après je sais bien les papas travaillent souvent plus que les mamans mais si on peut s'adapter au moins au premier mois pour que les habitudes se prennent ouais on essaie ! Après les parents ils font ce qu'ils veulent ".*

- Ou pour des raisons culturelles : *" mais c'est pas toujours facile à obtenir (...) y a des femmes que je n'ai jamais vues ".*

2.3. Déterminants de l'implication du médecin généraliste :

Nous avons identifié 2 types de déterminants, ceux qui émanent des parents et ceux qui sont à l'initiative du médecin généraliste.

2.3.1. Demande des parents :

a) En dehors des pathologies aiguës, les motifs de consultation cités par les médecins sont :

- **Les consultations de suivi** : *" Consultations systématiques du nourrisson " ; " pour le suivi euh mensuel " ; " du développement psychomoteur " ; " les consultations de suivi parce que c'est obligatoire " ; " suivi mensuel " ; " les visites obligatoires ".*

- **Les vaccins** : *" les vaccins à partir du 2ème mois " ; " Pour les vaccins " ; " c'est les rappels de vaccination " ; " la vaccination ".*

- **La croissance staturo-pondérale** : *" est-ce que le gamin pousse bien " ; " la surveillance de la croissance " ; " la croissance " ; " pour la courbe de poids ".*

- **Le sommeil** : *" comment se comporter pour améliorer la qualité du sommeil ".*

- **L'alimentation** : *" ouais souvent c'est pour le lait, adapter le lait " ; " des reflux, des coliques " ; " l'alimentation " ; " des questions d'alimentation ".*

- **Les Pleurs** : *" les pleurs " ; " ah le grand classique, c'est parce qu'ils pleurent ".*

- **Le besoin de réassurance parentale** : *" être rassurés la plupart du temps " ; " souvent des consultations inutiles " ; " l'anxiété par rapport à l'enfant " ; " quand ils sont en difficulté, qu'ils n'ont pas de, de réponses, euh ils essaient de, de venir vers moi " ; " parce qu'ils pleurent et que du coup ils sont inquiets ".*

Un médecin déclare : *" ils consultent pas ".*

b) Les sujets de préoccupations le plus souvent abordés par les parents, cités par les médecins, sont :

- En majorité, l'alimentation : *" les troubles de l'alimentation " ; " les repas " ; " ben ouais l'alimentation " ; " La nourriture " ; " les premiers bébés, ce qui les inquiète c'est surtout l'alimentation " ; " en lien avec l'alimentation, les diarrhées aussi, hein tout ce qui est coliques " ; " vérifier que l'allaitement se passe, se met bien en route et qu'elles font bien les choses, ce qui est souvent le cas " ; " L'alimentation (…) je pense c'est la première des demandes de conseil " ; " la mise en route de l'allaitement, vérifier qu'elles leur donnent assez " ; " trouver le bon lait, euh, euh, les rassurer quant au fait que c'est normal qu'un bébé reflue ".*

- Le sommeil : *" il dort pas bien " ; " après ben le sommeil aussi " ; " le sommeil, le premier problème c'est le sommeil " ; " le sommeil je dirai ".*

- La croissance staturopondérale : *" le poids, la taille " ; " est-ce qu'il grandit bien, est-ce que tout est normal " ; " c'est la courbe de poids " ; " vérifier le poids ".*

- Les pathologies aiguës : *" des bobos du quotidien " ; " Il est enrhumé, il a pas encore ses dents." ; " qui s'inquiètent euh pour la fréquence des rhinites ".*

- Les pleurs : *" Et les pleurs ".*

Un médecin déclare : *" ils ne consultent pas ".*

c) A la question : leur arrive-t-il de prendre rendez-vous pour des conseils ?

Les médecins répondent en majorité **NON** : *" ils consultent pas, c'est extrêmement rare " ; " Non ! non, non " ; " non, c'est exceptionnel " ; " c'est très rare " ; " Euh....non ".*

Le rendez-vous est **motivé par un symptôme** : *" non y a quand même un, toujours le petit symptôme d'appel " ; " Non ! non, non , pour une autre raison " ; " qu'ils osent pas venir simplement pour avoir un conseil ".*

Les parents n'en **ressentent pas le besoin** : *" qu'ils ont pas conscience qu'il leur manque des informations " ; " non (...) c'est quand même très souvent pour une pathologie aiguë et bon ça peut aider à donner des conseils à ce moment-là ".*

Des médecins répondent **OUI** : *" Ça arrive " ; " oui tout à fait " ; " Bien sûr " ; " Oui " ; " Euh oui ".*

Les motifs pour lesquels les parents demandent conseils sont :

- Le sommeil : *" Ça arrive si le gamin par exemple a des problèmes de sommeil " ; " par rapport au sommeil ".*

- Les pleurs : *" parce que le gamin pleure ".*

- L'alimentation : *" des questions d'alimentation".*

- Sous un autre prétexte : *" Euh oui mais en fait ils appellent ça le suivi, je viens pour faire le point ".*

Les éléments facilitants sont :

- La relation privilégiée de proximité : *" Bien sûr, non, non, oui ils peuvent prendre rendez-vous, euh, parce que je suis assez proche de mes patients, donc ils, ils passent et ils me demandent conseil ".*

- La proposition faite par le médecin lui-même *: " Oui ! Parce que nous, on leur propose aussi. Je pense que c'est ça aussi " ; " oui ou alors c'est moi qui sollicite un nouveau rendez-vous pour parler d'une chose spécifique ".*

2.3.2. Implication spontanée du médecin :

a) A la question : lors de l'examen clinique du nourrisson, y a-t-il des éléments que vous recherchez et qui vous indiquent qu'il faut soutenir les parents ?

La majorité des médecins répond **OUI** : *" alors oui " ; " euh…oui " ; " Oui, oui " ; " évidemment oui " ; " Ah oui " ; " bien sûr ".*

Les éléments cités sont :

- Des éléments du **développement psychomoteur** :

  - Des éléments moteur : *" la tonicité de l'enfant " ; " euh un retard de développement un petit peu psychomoteur " ; " qu'ils ont du mal à tourner la tête, d'un côté ou de l'autre leur suggérer de mettre le mobile de l'autre côté " ; " aussi y a des parents qui ont tendance à acheter des, des trotteurs " ; " on fait un examen systématique du développement si il tient assis à 6 mois, si il marche à 4 pattes " ; " un retard euh psychomoteur ".*

  - Un comportement qui interpelle : *" un enfant qui est très opposant " ; " qu'un enfant qui hurle dès qu'il entre " ; " c'est possible de, de les toucher sans qu'ils hurlent, est-ce que c'est possible de décrocher l'enfant de la mère facilement " ; " un enfant qui a des pleurs incessants " ; " participe moins, qui est moins réactif " ; " Si l'enfant pleure beaucoup " ; " soit pleure vraiment trop ou ne réagit pas trop avec moi qui suis une étrangère " ; " les enfants trop sages par exemple, tout ça c'est toujours un peu étonnant, euh les enfants à 9 mois ils doivent commencer à pleurer, à pas m'aimer pendant la consultation " ; " leur réaction par rapport aux stimuli du quotidien ".*

  - Des difficultés d'interaction : *" Est-ce qu'on peut établir un contact au moins visuel " ; " au contraire évitant " ; " des difficultés d'interaction avec l'enfant " ; " son interaction avec moi, qui ne me connaît pas ".*

- **Un retard de croissance staturopondérale** : *" Oui c'est sûr que, un retard staturopondéral (...) de savoir si y a pas, euh une maltraitance, ou une maltraitance peut-être simplement parce que les parents savent pas faire " ; " quand...je trouve que l'enfant a un retard un petit peu de, de croissance " ; " la courbe de poids hein, un enfant qui ne grossit pas c'est qu'il y a un problème " ; " la courbe de croissance ".*

Quelques médecins répondent **NON** : *" non, pas vraiment " ; " non, pas vraiment non..." ; " Quand j'examine ? Non, je crois pas non ".*

b) A la question : y a-t-il des éléments qui vous alertent chez les parents ?

Les médecins répondent **OUI à l'unanimité :** *" oui, oui " ; " ah ben oui " ; " oui bien sur " ; " ben oui " ; " euh oui " ; " ouais " ; "Ah ben oui " ; " oui ben " ; " ouais ".*

Les éléments d'alerte cités par les médecins sont :

- **Le comportement du parent** pendant la consultation avec le nourrisson :

- Un parent énervé, agressif : *" la façon des fois où ils peuvent être énervés (...) des gestes un peu brusques " ; " des comportements euh maternels qui sont totalement déplacés par rapport ben à l'âge de l'enfant (...) des mots un petit peu, à la limite du grossier " ; " des parents qui parlent de façon extrêmement vigoureuse à leurs enfants " ;* " des manifestations un peu d'exaspérations parce que le gamin pleure beaucoup ".

- Un parent trop exigeant : *" des parents qui veulent absolument qu'il reste sans bouger, sans bouger, sans bouger ".*

- Un parent dépassé : *" se sentent dépassés par le fait d'avoir un enfant " ; " qui se sent dépassée ".*

- Un parent inadapté : *" un comportement inadapté " ; " le comportement bizarre qu'il a avec l'enfant ".*

- Un parent anxieux : *" euh, c'est-à-dire plutôt de, j'allais dire de, de stress " ; " d'ultra précaution pour, pour euh . bon je me dis qu' y a peut être un problème dans la relation ".*

- Un parent détaché : *" les parents sont trop éloignés et zappent un petit peu (...) sont au téléphone ou sont sur leur smartphone pendant l'examen " ; " le fait que le papa soit pendant la consult hyper absent ".*

- Un manque de patience : *" on voit qu'il y a un manque de patience " ; " une mère qui supportera plus les cris de son bébé ".*

- Une mère fragilisée par une relation trop forte avec l'enfant : *" les mamans qui sont uniquement investies dans leur rôle de maternantes de petit bébé (...) des allaitements qui s'éternisent, euh les mamans crevées et qui euh, qui finissent par faire des dépressions (...) parce qu'elles n'ont rien d'autres et que l'enfant un beau jour il se retrouve à l'école (...) parce qu'elles ont rien d'autre pour exister ".*

- **Le comportement du père avec la mère** au cours de la consultation : *" très autoritaires sur leurs femmes, qui donnent vachement d'ordre (...) qui sont vite intolérants à la frustration ".*

- Des éléments repérés **en dehors de la consultation pédiatrique** :

- Des fragilités familiales :

  - Les violences conjugales : *" des conflits interfamiliaux donc euh, ça peut être sujet à risques ou quand j'ai vu une femme qui a été violentée par son mari ".*
  - Les mères isolées : *" des mamans solos (...) c'est quand même plus compliqué de se débrouiller seule avec un enfant ".*
  - Les difficultés dans la fratrie : *" après aussi si y a de la fratrie" "des 3ème, 4ème ou si c'est des jumeaux, enfin tout ce qui peut un peu déséquilibrer euh les fratries " ; " si dans la fratrie y a des enfants qui ont des pathologies, nous on a pas mal d'enfants qui ont des TDAH ".*

- Un événement traumatique : *" parce qu'il y a eu autre chose, un décès, un choc psychologique dans la famille ".*

- Le déroulement de la grossesse : *" Comment la grossesse s'est passée, comment elles étaient pendant la grossesse, si elles étaient déjà hyper inquiètes ".*

- L'état psychologique du parent :

  - L'anxiété : *" quand ils sont stressés, enfin l'angoisse " ; " de parents qui viennent beaucoup consulter pour eux-mêmes (...) anxieux, l'anxiété surtout " ; " qui est très anxieuse " ; " si elles étaient déjà hyper inquiètes ".*
  - Les pathologies psychiatriques : *" ... s'ils ont des troubles psychiatriques " ; " les parents particulièrement dépressifs " ; " sur le plan psychologique, euh, fatigués, déprimés ".*

c) Moment d'intervention du médecin lors de la consultation :

La majorité des médecins utilise **toute la consultation** : *" au fur et à mesure (...) j'ai pas un moment précis de la consultation " ; " depuis leur arrivée à la fin " ; " je pense que le, les conseils font partie de la consultation même " ; " C'est dans le fil de la conversation " ; " Non c'est tout le long ! je suis très bavarde " ; " ça peut-être pendant l'examen, ça peut être après, ça peut être avant, c'est y a pas de règle " ; " ça peut être à n'importe quel moment " ; " pendant toute la consultation je dirai " ; " je pense tout du long un peu ".*

Un médecin n'intervient que **pendant l'examen clinique** car c'est le moment où il y a le plus de proximité avec les patients : *" pendant l'examen (...) on est proche à la fois de l'enfant, à la fois des parents et on est pas derrière un bureau, ou on a une espèce de barrière ".*

Un autre médecin n'intervient qu'**à la fin de la consultation** : *" quand la consultation est terminée, que la maman s'assied en face de moi qu'à ce moment-là effectivement c'est le moment d'un dialogue ".*

d) A la question : pensez-vous qu'il faille partir des problèmes rencontrés par les parents pour apporter un soutien ou intervenez-vous même si le parent n'évoque pas de problème particulier ?

La majorité des médecins répond qu'il **intervient même si rien n'est évoqué par le parent** : *" je parle j'aime bien (...) oui je vais provoquer des questions " ; " oui si moi je remarque " ; " Oui, je pense qu'il faut " ; " non on attend pas qu'ils demandent " ; " Mais si ils n'évoquent pas le problème, je vais poser la question ou je vais le tourner différemment " ; " J'interviens quand même…je suis bavarde " ; " quand j'ai des parents qui ont peu de questions, euh ils ont quand même besoin que j'insiste sur des points du développement qu'on connaît " ; " je pose des questions même si le parent dit que tout va bien ".*

Puisqu'ils expliquent que :

- Les parents manquent d'information et n'ont pas toujours conscience des problèmes : *" les parents ne sont pas toujours sensibles " ; " j'insiste sur des points du développement qu'on connaît " ; " Les 2, c'est vrai que les parents peuvent être parfois inconscients qu'il existe un problème " ; " ils n'ont pas de repère de développement ".*

- C'est le rôle du médecin généraliste de détecter d'éventuels problèmes : *" c'est notre rôle de, de, euh de sentinelle du terrain " ; " c'est à nous les sentinelles de de terrain, de, euh, d'être vigilant et de, de, d'alerter " ; " c'est à nous aussi à, à déceler si y a un autre problème, quand les parents en ont pas conscience " ; " si moi je remarque ".*

- C'est un sujet qui leur plaît : *" Mais ça me plaît et s'ils n'évoquent pas le problème, moi je vais poser la question " ; " ouais j'aime bien discuter avec eux " ; " je parle, j'aime bien ".*

D'autres médecins **n'interviennent qu'à la demande des parents** : *" non, non, non si y a pas de questions soulevées " ; " non (..) je pars des problèmes évoqués par les parents " ; " j'aurai tendance à pas trop intervenir si les parents euh ne, n'évoquent pas de problèmes " ; " ce que je fais je pense c'est plutôt sur la demande des parents ".*

e) A la question : si le nourrisson vous semble avoir fait les acquisitions en rapport avec son âge, pensez-vous avoir un rôle d'accompagnement du parent ?

La majorité des médecins pense avoir un **rôle d'accompagnement du parent même si le nourrisson a fait les acquisitions en rapport avec son âge** : *" Ben oui je pense (...) même si l'enfant va bien, euh, le parent peut aussi ne pas aller bien " ; " oui bien sur " ; " oui toujours " ; " je dirai oui " ; " c'est pas parce que l'enfant il se développe normalement ça veut pas dire qu'il va pas y avoir des besoins " ; " Global oui ".*

Cet accompagnement est défini comme :

- Une disponibilité : *" ben en lui montrant qu'on est là s'il a besoin ".*

- Un renforcement positif du parent : *" faut aussi leur dire que c'est bien, vous faites bien votre rôle de parent, de père, de mère c'est bien, vous avez un bon contact, ça leur, les valorise et, et, et euh je pense c'est important " ; " moi je pense que le parent il a besoin d'être valorisé , dans son rôle de parents " ; " Bien sûr de valorisation parentale " ; " Il faut le, l'encourager dans cette voie-là " ; " en renforçant ce que fait le parent (rires) et en incitant à faire un peu plus même ".*

Les médecins pensent que cela fait partie de **leur rôle de prévention primaire** : *" on est là pour continuer en tout cas le, le suivi, à dépister d'autres soucis et puis, même un enfant qui se développe très bien y a toujours des conseils à donner " ; " oui il tient bien assis mais du coup euh et à la maison vous avez tout mis en hauteur ? " ; " s'il a pas de souci ben on est là pour les accompagner quand même dans la vie, tant mieux hein si ils vont bien c'est chouette mais euh faut que ça continue donc voilà." ; " on peut en profiter pour voir comment ça se passe à la maison (...) je pense que la prévention c'est permanent ".*

D'autres médecins **n'interviennent pas ou seulement s'il y a une demande des parents** *: " non, non pas particulièrement " ; " Si y a pas de questionnement du parent, pas forcément non " ; " en pratique non vu qu'y a très peu de demandes " ; " si y a une difficulté (...) qu'ils sont très demandeurs de conseils, oui ! là il faut répondre…".*

f) Prise en charge d'un retard dans les acquisitions :

Devant un retard de l'enfant dans les acquisitions, la majorité des médecins **oriente directement** l'enfant à un autre professionnel :

- Au pédiatre : *" Le pédiatre principalement " ; " je l'envoie dans un service de pédiatrie spécialisée " ; " je le dirige chez un pédiatre " ; " j'en profite pour l'adresser au pédiatre pour avoir quelque chose d'un petit peu plus complet " ; " je l'adresse euh à un pédiatre (...) plutôt hôpital " ; " je fais souvent appel aux pédiatres " ; " vers un spécialiste pédiatrique " ; " un pédiatre pour prise en charge (...) en ville et ça c'est pas bien passé du tout donc maintenant plutôt à l'hôpital ".*

- A la PMI : *" des structures spécialisées (...) euh PMI " ; " je vais l'adresser à, à des services euh, un peu plus spécialisés, euh la PMI " ; " ....par la pmi des centres médico-psychologiques des CME, CMPE ".*

- Au CAMPS *: " des structures spécialisées, euh, CAMPS " ; " je l'adresse à l'hôpital service euh médico-psychologique et éducative, le CAMPS " ; " c'est à dire qu'on appelle le CAMPS ".*

- Au pédopsychiatre : *" pour avancer j'appelle directement des confrères, pédopsy et euh je leur adresse et puis ils vont faire une évaluation, ils vont faire une évaluation psychomotricienne, orthophonique, euh, euh psychologique ".*

- Au neuro-pédiatre : *" au neuro-pédiatre (...) moi j'ai plutôt tendance à faire à l'hôpital ".*

- Au kinésithérapeute : *" ça peut être du kiné ".*

D'autres médecins mettent en place **un suivi plus rapproché** : *" il faut essayer donc de faire revenir en consultation peut-être plus précocement, à 15 jours " ; " je peux le voir plus souvent " ; " je propose aux parents souvent c'est de les revoir peu de temps après (...) je leur recommande quelques exercices ".*

Puis, **orientent dans un second temps** si nécessaire : *" après, si vraiment j'ai des doutes ben j'adresse à un spécialiste " ; " je peux essayer de voir ce qui se passe avec les parents et puis demander un avis euh, un avis spécialisé ".*

Ou prennent **un avis grâce à un travail en réseau** : *" y a un médecin généraliste qui fait vraiment que de la pédiatrie, qui a été beaucoup plus formé que, donc quand c'est sur des petites choses je lui envoie un mail et parfois elle me, elle me dit ".*

Les médecins généralistes déclarent rencontrer des difficultés lors de l'orientation à cause de **délais importants pour les rendez-vous** : *" Ils ont des délais assez…euh je pense que euh …il manque des structures " ; " …Panique à bord…c'est à dire qu'on appelle le CAMPS, et on nous dit faut que les parents appellent …rendez-vous dans 1 an " ; " mais ils ont des délais assez, assez importants ".*

g) Nous avons ensuite interrogé les médecins sur leur implication dans différents domaines dans lesquels la guidance parentale peut être utilisée.

- **Motricité et tonus :**

La majorité des médecins donne systématiquement des conseils pour **solliciter la motricité** : *" oui (…) qu'il faut stimuler " ; " l'histoire du trotteur pas trop tôt non plus, de le relever un peu qu'il soit pas toujours allongé " ; " mettre des chaussures, euh quand ils commencent à, vers 10 ou 11 mois à vouloir un peu marcher avec elle " ; " ouais, je conseille aux gens de mettre leurs enfants sur le ventre quand c'est des nourrissons pour stimuler la tonicité " ; " Oui bien sûr ! C'est euh, des, des positionnements, des stimulations, euh comment euh positionner l'enfant selon l'âge, selon, mettre sur le ventre à certains moments, euh peut-être euh l'aider à une station debout et euh les nourrissons peut-être un positionnement pour l'allaitement, un positionnement pour le couchage " ; " des conseils par rapport au positionnement du bébé " ; " de pas les laisser dans le youpala euh toute la journée, voilà ni dans le cosy non plus toute la journée " ; " alors le youpala poubelle surtout, euh les, euh cosys le moins possible et je leur dis de les poser sur une couverture par terre et de les laisser se débrouiller " ; " des conseils de positionnement " ; " Oui je peux donner des conseils oui " ; " de le solliciter (...) de l'asseoir ou de l'installer plutôt en position assise avec des coussins plutôt que d'être constamment allongé " ; " les mettre assis, quand ils sont en âge de commencer à tenir assis " ; " leur donner des jouets simples " ; " ouais (...) éviter tout ce qui est transat etc. euh stimuler les enfants à plat ventre, qu'on ait pas peur de les mettre à plat ventre " ; " oui (…) de les mettre un petit peu à plat ventre au sol ".*

Un médecin donne des conseils **s'il constate un retard** : *" si un enfant présente un retard d'acquisition de la position assise par exemple, ou de la position debout, j'essaie de savoir si on le stimule si, ou s'il est couché toute la journée ".*

Des médecins **ne donnent pas de conseils** : *" Motricité et tonus… est-ce que je donne des conseils ?… Non " ; " Non parce que ça c'est le pédiatre qui devrait le faire ".*

- **<u>Langage</u> :**

La majorité des médecins donne **systématiquement des conseils de stimulation** : *" la sucette mais après c'est vrai qu'il vaut mieux s'en séparer " ; " puis le langage ben essayer de parler le plus possible à l'enfant " ; " le conseil que je donne aux parents c'est de beaucoup parler aux enfants " ; " je pense que c'est très valorisant pour les parents dès que l'enfant a acquis un, un mot " ; " De le stimuler ! De, justement, quand il fait une demande de biberon, d'alimentation, de choses comme ça de reformuler, de pas, de lui parler " ; " d'aller à la bibliothèque (...) des livres en arabe , en chinois, en ce qu'elles veulent mais que surtout elles leur lisent des livres tous les soirs " ; " ouais (...) de lui parler au maximum (...) lui faire écouter de la musique " ; " de les amener à la médiathèque " ; " on a beaucoup de gens qui sont bilingues ici, qui parlent français et espagnol donc c'est vrai que souvent les enfants ils ont un peu moins de, de vocabulaire mais en fait ils ont du vocabulaire dans les 2 langues donc euh les rassurer à ce sujet et surtout leur dire d'éviter de mélanger eux-mêmes quand ils parlent à leur enfant " ; " oui c'est possible (..) qu'il faut leur parler ".*

Des médecins donnent des conseils **s'ils constatent un retard** : *" quand y a un retard de langage, je leur explique qu'il faut leur parler, leur lire des histoires, et les mettre en collectivités aussi moi je pense que la collectivité c'est une bonne chose " ; " avoir un retard de langage parce que l'enfant n'est pas stimulé, on lui parle jamais (...) une grande sœur qui parle à la place de l'enfant, l'enfant voit pas l'intérêt de parler (rires) de plus répondre à sa place par exemple (rires) ".*

D'autres médecins **ne donnent pas de conseils** : *" c'est pas avec une consultation qui va durer un quart d'heure qu'on sait bien (...) euh très honnêtement euh non..." ; " je demande un avis au pédiatre immédiatement hein, si y a le moindre souci " ; " des conseils pas spécialement " ; " Je suis pas, je suis pas hyper active là-dessus. Jusqu'à 2 ans en tout cas ".*

- **<u>Surexposition aux écrans</u> :**

La moitié des médecins interrogés **n'aborde pas le sujet avec les parents** car ils estiment que les enfants **ne sont pas exposés aux écrans avant 2 ans** : *" bon ça, ça s'adresse un petit peu à l'enfant un peu plus grand (...) celui qui arrive avec sa tablette, on peut essayer de savoir combien de temps il passe dessus et donner des conseils " ; " la télé c'est vrai que j'y ai pas forcément pensé à cet âge-là " ; " Euh à 2, a moins de 2 ans y a pas trop quand même (rires) " ; " Chez les 0-2 ans, euh ….c'est plutôt un peu plus tard " ; " Ben de 0 à 2 ans y en a pas trop " ; " Oh punaise 0-2 ans? Euh non, je donne pas de conseil " ; "……non ".*

Les autres médecins **abordent systématiquement le sujet avec les parents** : *" je leur dis, pas d'écrans avant 3 ans " ; " je l'aborde automatiquement " ; " on essaie de les, de les, d'expliquer vraiment aux parents de quoi il s'agit " ; " oui, de les éviter " ; " ouais ben c'est souvent évoqué (...) en disant que c'est très nocif. Pas d'écran avant 2 ans " ; " Ah ouais, ouais, ouais moi je suis un peu, je suis rigide de ça " ; " Je pose la question et je rappelle que c'est pas conseillé ".*

C'est un sujet **source de difficultés pour le médecin** : *" c'est un sujet un peu sensible parfois et je pense que les parents sous-estiment ou en tout cas ne , n'osent pas, n'osent pas trop le dire quand on pose la question " ; " d'autres qui se braquent un peu plus " ; " ils ont pas toujours envie de régler l'affaire, à cause des , des comportements de l'enfant évidemment qui va , se comporter ..comme un junky " ; " Ben certains oui (...) mais en général si ils ont déjà fait ça euh au départ c'est que, ça va être compliqué pour leur faire comprendre " ; " la dernière fois que j'ai eu à gérer ce truc-là , la mère m'a dit oui mais si je lui enlève la tablette il pleure, euhhh, donc, euh, donc je lui remets parce que sinon il pleure tout le temps (exaspération) ".*

- **<u>Lien affectif parents/enfant</u> :**

Des médecins **abordent systématiquement le sujet avec les parents** : *" c'est très important l'interaction parent-enfant et enfant-parent pour savoir, parce que ça peut être, déboucher sur des pathologies ou des troubles (...) quand on voit la relation parents et nourrisson on a déjà une idée de, de, de leur relation ou de leur non-relation hein. "*

Ils donnent des conseils pour favoriser :

- <u>Le contact physique</u> *: " qu'il y ait un contact plus fort entre la mère et l'enfant " ; " oui il faut essayer de tout bébé, le portage, le peau à peau " ; " Ben de les porter quand ils sont bébés, de pas les laisser pleurer des heures, que ça fait pas des enfants, contrairement à ce qu'on dit , euh capricieux (...) Qu'un bébé il sait pas s'exprimer autrement que par le pleur (...) plus un enfant se sent sécurisé, plus vous le portez, plus vous le rassurez, vous lui expliquez les choses " ; " oui ça m'arrive (...) un peu plus de rapprochement chez les, les parents un peu trop stressés ".*

- <u>La séparation</u> : *" Ou au contraire d'éloignement par exemple de coucher l'enfant dans une chambre " ; " ou euh trop de contact, empiéter trop sur, sur l'enfant, son temps, être trop, trop près des enfants et ne plus laisser un espace " ; " qu'il faut montrer aux mamans qu'il faut que leur bébé il grandisse jusque-là je m'en fiche elle pouponne, elle tète, après l'enfant il a besoin hein il se tient assis, il a envie d'attraper, il a envie de porter à sa bouche il faut lui donner autre chose ".*

C'est un sujet source de **difficultés pour le médecin** : *" Après c'est plus dur, qu' une fois qu'ils sont partis du cabinet je suis pas là pour voir et vérifier ce qu'ils font " ; " c'est un peu plus compliqué (...) aborder le sujet et sans trop culpabiliser le parent ".*

Des médecins **n'abordent pas le sujet avec les parents** : *" non " ; " Non pas spécialement parce que je me vois pas leur dire euh vous l'aimez, vous l'aimez pas " ; " Je devrais mais non, j'ai pas le temps " ; " pour l'instant en tout cas non " ; " Oh non, c'est compliqué " ; " C'est plus compliqué à, enfin c'est plus subtil hein comme chose donc non ".*

- **<u>Alimentation</u> :**

La majorité des médecins donne **systématiquement** des conseils sur l'alimentation :

" L'alimentation c'est plus facile parce qu'elles demandent " ; " l'introduction des différents aliments, euh à l'âge adéquat " ; " pour les morceaux justement, qu'ils aient l'habitude de mâchouiller des petits morceaux " ; " au niveau de la diversification, euh, les conseils sont pas les mêmes avec un premier enfant et avec un troisième enfant " ; " je leur demande si elles font à manger, je leur demande si elles achètent des petits pots " ; " c'est je pense c'est la première des demandes de conseil, c'est-à-dire allaitement maternel, alimentation artificielle, mixte au sein, au biberon, à quel rythme, quel volume " ; " La diversification, à quel âge avec quoi " ; " on conseille beaucoup sur la diversification " ; " les choses à éviter chez les petits parce qu'on se rend compte qu'il y a beaucoup de petits qui mangent déjà très gras et très sucré " ; " Ah oui " ; " alors, y a aussi mon expérience personnelle qui parle parce que moi je suis jeune maman, j'ai allaité ma fille donc c'est vrai que pour l'allaitement je suis assez au taquet " ; " la diversification alimentaire, j'aime beaucoup, mais j'ex, j'explique souvent aux parents que c'est aussi de l'éducation " ; " oui alors j'essaie de donner des conseils pour la diversification " ; " pour les différents laits, les âges, l'allaitement maternel j'essaie de donner des conseils…" ; " la diversification " ; " je donne pas mal de conseils quand on, quand les mères allaitent, parce que j'ai un peu d'expérience " ; " j'essaie de, de leur expliquer que les, les biscuits industriels c'est pas ce qu'il y a de mieux, que les boissons sucrées c'est pas ce qu'il y a de mieux, et qu'il faut bien hydrater l'enfant surtout quand il fait chaud " ; " la prise de poids est pas assez bonne , je vais conseiller pour enrichir " ; " Et ben oui (...) sur la diversification (...) sur, les quantités tout ça, enfin par rapport à la courbe de poids si y a des risques d'obésité ".

Lorsqu'ils constatent des anomalies, des médecins abordent avec les parents le sujet de l**'anxiété maternelle** : *" l'appétit de l'enfant (...) c'est très dépendant de l'anxiété de, de la mère (...) de ne pas faire de forcing alimentaire " ; " le problème de l'alimentation c'est souvent le problème de l'anxiété de la mère " ; " j'essaie de discuter avec la maman par rapport à son anxiété ".*

Un médecin n'aborde pas le sujet systématiquement mais **s'il constate des difficultés** : *" Je le fais plus systématiquement (...) quand je vois la mère un peu en difficulté, je leur donne cette petite brochure ".*

Un médecin ne donne **pas de conseil** aux parents : *" Quand arrêter le lait, quand arrêter l'allaitement au sein, quand passer euh, quand diversifier, là aussi souvent honnêtement j'envoie au pédiatre ".*

3. Ressenti du médecin généraliste :

3.1. Importance du rôle :

Ce rôle de soutien à la parentalité **a de l'importance pour la majorité des médecins** : *" oui absolument " ; " oui, ben oui, oui, oui " ; " bien sûr, bien sûr " ; " Oui ! Oui, oui, moi je pense que c'est une part importante " ; " Ouais, je pense que c'est important ouais " ; " Oui, oui, oui je pense que c'est important ".*

Les raisons évoquées quant à l'importance de ce rôle sont :

- La demande des parents : *" beaucoup de questions euh de la part des parents et il faut être euh ouvert et il faut prendre le temps sur ce sujet, euh si on le prend pas les gens n'osent pas ".*

- L'importance de la réassurance parentale : *" ça permet dans la plupart des cas de, de rassurer les parents ".*

- Les nombreuses sources d'informations différentes pour les parents : *" maintenant y a beaucoup d'informations qui circulent euh, dans les médias, dans les réseaux sociaux, dans les publications dans la façon dont il faut se comporter avec l'enfant et euh qui peuvent être à l'origine de beaucoup d'erreurs " ; " un excès d'informations donc il, il faut intervenir à ce moment-là pour dire, voilà, là, vous en faites un petit peu trop, faut être moins coercitif ".*

- La nécessité pour le bien-être des enfants : *" c'est ça qui fait que nos enfants ils sont heureux ou pas. Et quand on est heureux et ben la vie est plus facile ".*

- La nécessité pour le développement de l'enfant : *" le milieu interfère énormément dans le, dans le développement de l'enfant donc si on oublie le milieu on a passé à côté de la moitié des choses " ; " parce que le nourrisson c'est un, un être qui est complètement dépendant donc plus les parents sont fonctionnels, mieux c'est pour lui ".*

- La satisfaction du médecin : *" Oui parce que c'est gratifiant " ; " ça fait partie des choses que, pour lesquelles j'aime bien faire mon travail quand même ".*

- Il s'agit du rôle du médecin généraliste : *" ça fait partie du suivi de l'enfant et que si on fait un suivi de l'enfant, du nourrisson, ça fait partie du boulot donc euh. Sinon on en fait pas je dirai " ; " et qu'on est vraiment dans, dans la prévention " ; " ça fait partie de, de notre rôle de médecin " ; " je trouve que ça fait partie du médecin de famille entre guillemets ".*

Pour d'autres médecins, ce rôle de soutien à la parentalité **n'a pas d'importance** : *" Aujourd'hui j'ai l'impression que non " ; " je crois que c'est très présomptueux de penser que notre rôle est important dans ce domaine-là " ; " Soupirs…, il devrait en avoir, est-ce qu'il en a réellement ? Je crois que je deviens un peu blasé ".*

Les raisons évoquées sont :

- Le manque de temps : *" Euh j'ai pas le temps " ; " si, il fallait que je fasse plus il faudrait que je prenne carrément 2 rendez-vous, c'est compliqué " ; " C'est surtout par rapport au rythme, aujourd'hui c'est particulièrement calme mais d'habitude c'est le feu ".*

- Le manque de demande des parents : *" dans le cadre d'une consultation médicale ou souvent on nous demande un truc médical ".*

3.2. Légitimité :

La majorité des médecins **se sent légitime** pour effectuer ce soutien à la parentalité : *" Ah légitime oui, oui " ; " tout-à-fait oui " ; " ben oui " ; " ouais " ; " oui ".*

Les médecins expliquent que cette légitimité vient :

- De leur expérience personnelle de la parentalité : *" je suis parent et grand-parent (rires) j'ai déjà une certaine expérience en plus de celle du médecin (rires) " ; " je suis maman aussi donc je donne des conseils, euh en tant que vécu " ; " parce que moi-même j'en ai eus 3 " ; " Parce que j'ai eu plein de petits " ; " je sais que ça fait pas tout mais depuis que je suis maman je pense que ça m'aide aussi " ; " c'est d'être parent moi-même " ; " le fait de pas être parent, je pense que c'est le premier argument ".*

- De leurs compétences de médecin acquises sur le terrain : *" à mon âge parce que je pense que j'en ai vus beaucoup d'enfants " ; " je trouve que l'expérience euh, est hyper utile pour ça " ; " Plus maintenant ! Moins au début ".*

- De leurs compétences acquises à la PMI : *" c'est là que j'ai appris, en PMI, c'est le somatique n'est pas tout " ; " mon stage de pédiatrie je l'ai fait en PMI donc ça c'était déjà chouette parce qu'au final à l'hôpital on voit surtout des grosses pathologies que nous on voit jamais ici (...) c'était bien de voir des enfants normaux et euh de faire des suivis de, d'enfants dans des situations sociales un peu délicates ".*

Quelques médecins **ne se sentent pas légitimes** pour effectuer ce soutien : *" Ben justement, c'est pour ça que j'envoie au pédiatre je pense qu'il est plus légitime que moi " ; " Pas toujours ".*

3.3. Avantage ou inconvénient de la place de médecin de famille :

La majorité des médecins pense que la place de médecin de famille **ne peut être qu'un avantage** pour effectuer le soutien à la parentalité : *" on est plutôt bien placé oui " ; " je pense que c'est un avantage " ; " je pense que c'est un avantage " ; " Ça ne peut être qu'un avantage " ; " Moi je pense que c'est un avantage " ; " Un avantage " ; " Oh plutôt un avantage " ; " ça peut être un avantage ".*

Car :

- Ils connaissent la famille : *" justement on connaît quand même le contexte familial " ; " on reçoit parfois les grands-parents, les parents, si ils ont pu avoir des difficultés ça nous permet peut-être mieux, mieux de comprendre les difficultés qu'ils peuvent présenter avec leurs enfants " ; " quand on connaît les parents, quand on les connaît depuis un moment et qu'on sait comment ils galèrent plus ou moins dans la vie on peut, on peut mieux sentir certaines difficultés " ; " y a des familles que je vois 4 générations, c'est-à-dire la grand-mère, le parent, euh les petits-enfants, les arrières petits-enfants " ; " on connaît le sens de la famille, on sait comment elle fonctionne et euh, obligatoirement sur les enfants, ça se, on sait beaucoup plus de choses " ; " on connaît toute la famille, on connaît tout le monde, on sait comment ils vivent " ; " parce qu'on connaît le, la famille globalement " ; " je les soigne depuis 30 ans, donc c'est plus facile " ; " on connaît l'environnement des, des parents, de la famille, euh on sait si y a de l'aide si y a pas d'aide si y a des difficultés euh extérieures " ; " on connaît les gens, on connaît , on connaît le quartier, on connaît le, la famille , le milieu social " ; " c'est positif d'être médecin de famille, on connaît bien les enfants on les suit " .*

- Ils ont une relation privilégiée avec les patients :

  - De premier recours : *" le médecin de famille c'est le premier à qui on s'adresse quand y a un souci " ; " la facilité du contact, de venir vers moi ".*

  - De confiance : *" je parle pour moi, euh des rapports privilégiés avec la famille " ; " en médecine générale les gens font relativement confiance " ; " on est celui en qui la famille a mis sa confiance ".*

- Sur le long terme : *" je suis des familles, bon euh, bon des, des enfants qui sont maintenant parents " ; " je les soigne depuis 30 ans " ; " on connaît les parents, quand on les connaît depuis un moment " ; " y a des familles que je vois 4 générations ".*

Quelques médecins pensent que la place de médecin de famille peut **aussi être un inconvénient** car :

- Le médecin généraliste n'est pas le premier consulté pour la pédiatrie : *" pour les enfants, on reste quand même le, un peu la cinquième roue du carrosse ".*

- Le médecin généraliste est faussement rassuré par la connaissance de la fratrie : *" parfois on voit les frères et sœurs on se dit voilà, c'est un 4ème elle va gérer, elle, elle gère toujours elle va gérer sauf qu'en fait elle, elle gère pas et puis qu'elle nous le dit jamais ".*

- Le médecin généraliste est influencé négativement par la connaissance de la famille : *" on sait que les parents ils sont un peu limites, ils fument un peu du cannabis mais qu'au final ils s'occupent très bien de leur fille ".*

3.4. Aisance du médecin dans son rôle de guidance :

La majorité des médecins est **à l'aise** dans ce rôle de soutien à la parentalité : *" j'ai pas l'impression d'être mal à l'aise " ; " Bien sûr, la preuve " ; " Euh oui " ; " Maintenant ouais " ; " oui " ; " je dirai oui ".*

Des médecins déclarent être à l'aise car ce rôle leur apporte une satisfaction *: " Maintenant ouais et puis j'aime bien ça franchement hein, franchement c'est chouette, ça prend vachement de temps, c'est hyper épuisant mais euh, euh mais c'est sympa aussi" ; " c'est positif parce qu'on les voit évoluer, grandir "* ; *" ça me plaît ".*

Quelques médecins ne sont **pas à l'aise** dans ce rôle de soutien : *" non (...) je me donne pas le temps de le faire correctement " ; " oui et non (...) Ça me pose pas de problème de parler avec les gens mais y a des choses des fois qui sont dures à dire ".*

3.5. Freins et facilitateurs :

a) Les principaux freins identifiés par les médecins généralistes sont :

- Liés au **médecin lui-même et à sa pratique** :

- Le manque de temps : *" le manque de temps " ; " je suis débordée par l'administration et l'informatique et j'aimerai bien passer plus de temps à m'occuper un petit peu de ça c'est passionnant " ; " Oh le manque de temps " ; " ah le temps " ; " Après dans l'absolu il vaudrait peut-être mieux faire mais bon voilà il faudrait des consultations plus longues ".*

  Puisque le soutien est chronophage : *" après c'est chronophage, ça c'est certain " ; " c'est des moments, des consults ou malheureusement il faut prendre du temps ! On ne peut pas faire ça en 5 minutes c'est, c'est pas possible ".*

- Le manque de formation : *" le manque de temps aussi pour me former " ; " plein de données qu'on, qu'on va acquérir de, d'autres médecins avec qui on a travaillé, d'autres pédiatres, d'autres personnes avec qui on discute en dehors du travail et du, enfin ça peut être un peu difficile de faire la synthèse de tout ça et de savoir finalement euh, si les conseils qu'on va donner s'ils sont légitimes, s'ils le sont pas " ; " pendant nos études, je pense qu'on devrait plus insister sur le suivi de l'enfant normal. Et euh sur des trucs un peu bêtes en fait, en fait c'est ça qui me manque, c'est d'apprendre les trucs bêtes " ; " le manque de formation aussi ".*

- Le manque d'envie : *" c'est pas le manque de temps, c'est le choix qu'on fait, dans son organisation de temps ".*

- La place privilégiée du pédiatre : *" le frein c'est que ben on reste quand même médecin généraliste, on est pas pédiatre " ; " le fait qu'il y ait quand même ici deux pédiatres, qui sont très bien, qui se sont installées en ville à Bagnols, euh y a 2 ans et qui ont aspiré un grand nombre de nos petits patients, de notre patientèle " ; " on pense aux généralistes quand, euh, ben quand le pédiatre est pas là, quand le pédiatre peut pas les voir ".*

- La méconnaissance de ce qu'il se passe à domicile : *" on s'aperçoit de la partie émergée de l'iceberg, on sait pas ce qui se passe à l'intérieur des familles, mais ça qui peut le savoir ? " ; " freins pour les familles qui ne veulent pas dire ce qui se passe à la maison, c'est ça la difficulté, c'est ceux pour lesquels on craint le plus et qui disent le moins ".*

- Liés aux **parents** :

- Le suivi irrégulier : *" ça dépend tout à fait de la relation qu'on a avec la famille, quand on voit un enfant 2 fois par an parce qu'il a une otite et qu'on le voit jamais autrement là je, je délègue hein si il y a un suivi pédiatrique, c'est le pédiatre ".*

- L'attitude parentale : *" l'agressivité ! Les gens qui m'agressent euh j'ai du mal à aller plus loin ".*

- La culture : *" la langue " ; " essayer de pas brusquer les gens, de ne pas aller contre leur croyance et euh, donc ça, ça peut être des freins voilà culturels ".*

b) Les principaux facilitateurs identifiés par les médecins généralistes sont :

- Liés **au médecin lui-même** :

- **Son statut de médecin de famille** avec :

  - La connaissance de la famille : *" Le fait de connaître la famille depuis longtemps " ; " le fait de connaître la famille " ; " qu'on les a connus eux -mêmes enfants " ; " bien connaître les gens, ça facilite le fait de donner des conseils ".*

- La relation de confiance médecin / patient : *" une confiance aveugle au médecin de famille " ; " les facilitateurs moi je pense le fait d'être le médecin de famille " ; " quand les gens se sentent en sécurité dans le cabinet, qu'ils sont pas jugés, qu'ils sont juste…aidés, accompagnés, entourés, on peut dire des choses négatives ou positives c'est pas gênant. Y a pas de jugement, c'est juste euh, un fait brut " ; " le lien que l'on peut créer avec les mamans en tant que médecin-mère " ; " c'est important d'avoir une bonne relation médecin-patient (…) ça libère un tas de freins (…) qui parasitent notre consultation (…) c'est essentiel de, de, d'établir une relation de confiance " ; " Après vraiment ceux que je soigne depuis qu'ils sont petits et tout c'est un peu différent (…) Y en a ben je les soigne de temps en temps pour des petites pathologies et tout, et c'est pas la même approche. Et ouais c'est pas la même relation " ; " avec notre vécu de médecin et notre vécu de mère et c'est en associant les 2, en mélangeant les 2 que l'on peut créer un lien de confiance avec la maman qui fait qu'elle va se livrer, et qu'elle aura envie de progresser avec son petit ".*

- **Son expérience personnelle** :

  - Le fait d'être une femme : *" Je suis une femme " ; " en tant que mère moi-même mes conseils sont d'autant plus, y a des choses qu'on apprend pas à l'école hélas ".*

  - Le fait d'avoir des enfants : *" C'est que j'ai eu des bébés, c'est que je les ai allaités, je les ai nourris " ; " l'auto-formation (rires) " ; " le fait d'avoir un enfant et a fortiori plusieurs enfants ça permet de, de donner des meilleurs conseils à mon sens ".*

- **Son envie d'effectuer du soutien à la parentalité** : *" se mettre en position de réfléchir comment les parents se comportent " ; " il faut aimer faire de la prévention " ; " s'imposer que c'est des consults d'une demi-heure et pas finalement dire à la secrétaire de rajouter avant, après (…) si on veut vraiment faire du soutien ben il faut s'accorder ce temps-là aussi, si on peut plus ben c'est pas grave hein mais il faut l'assumer ".*

- **Sa pratique courante** :

  <u>- La prévention dès la période néonatale</u> :
  " on voit déjà les mamans pendant la grossesse (...) si on se débrouille pour un petit peu en amont, anticiper un peu les choses ".

  <u>- Le travail en réseau</u> :
  " avec la sage-femme on communique très bien et ça c'est hyper bien, parce qu'elle nous les envoie précocement " ; " de travailler avec la PMI, on voit les services sociaux, la PMI donc on commence à créer des liens parce qu'il faut qu'on arrive à travailler ensemble ".

- Un médecin évoque un facilitateur lié **aux parents** : <u>leur envie</u> : *" la plupart des parents ont envie qu'on parle de leur, de leur bébé ".*

- Certains médecins n'identifient **aucun facilitateur** : *" non " ; " je sais pas ".*

<u>3.6. Volonté d'une augmentation d'implication</u> :

La majorité des médecins répond qu'ils ne souhaitent **pas être plus impliqués dans le soutien à la parentalité** pour des raisons variées :

- <u>Leur manque d'envie</u> : *" j'ai l'impression qu'on est dans une société où les gens sont tellement assistés, que c'est un peu peine perdue maintenant (...) il faudra les aider, il faudra encore (...) c'est la société en général qui fait que les gens sont devenus comme ça (...) il faut les aider dans tout, y compris là-dedans " ; " avant aujourd'hui je m'étais pas vraiment, enfin j'ai pas vraiment réfléchi sur comment on pouvait faire pour essayer de plus intervenir là-dessus ".*

- Leur fin de carrière : *" je l'ai été, je le suis moins, mais pour des raisons tout simplement euh, hein, liées à, à mon activité de pré-retraité " ; " Je me pose plus la question je m'arrête dans 6 mois " ; " peut-être avant mais plus maintenant " ; " actuellement non ! peut-être que si j'étais en début de carrière oui " ; " plus maintenant ".*

- Leur implication est déjà suffisante : *" je pense que je suis déjà bien impliqué " ; " Alors 0-2 ans peut-être pas, je le suis déjà je pense " ; " Oh non je pense ça suffit parce que moi j'aime bien faire de la médecine gé donc j'aime bien voir de tout, je veux pas voir que des enfants non plus ".*

- Leur patientèle est âgée : *" en prenant de l'âge, la clientèle vieillie et des nourrissons, des enfants on en voit moins " ; " Si on travaille essentiellement avec des personnes âgées, euh, au niveau de l'implication c'est quand même assez limité ".*

Des médecins souhaiteraient **être plus impliqués et les éléments facilitateurs** cités par les médecins sont :

- Le travail en réseau : *" on pourrait être un peu plus impliqué c'est avec la crèche ici, le, le dialogue avec le médecin est pas forcément souvent évident " ; " avec le CHU j'avoue, alors je sais qu'ils sont un peu surchargés, je les comprends mais il faut savoir que nous aussi comme on a pas forcément d'expérience, qu'on voit des trucs un peu bizarres, quand on nous dit la consult est dans 3 mois, une pour les parents, enfin c'est un peu, c'est compliqué ".*

- La formation : *" Oui, on manque souvent de, d'outils ".*

3.7. Retour des parents :

Tous les médecins déclarent avoir **un retour positif des parents** : *" ils sont assez contents " ; " ils apprécient euh toujours (...) quand on intervient là en général ils sont reconnaissants " ; " souvent ils sont contents " ; " je pense que c'est bien accueilli " ; " si ils reviennent c'est qu'ils sont contents (Sourires) " ; " Ils sont très contents ! Ils m'amènent le suivant " ; " quand les parents parlent à leurs enfants, quand ils ont grandi et quand ils parlent de nous, tu vois c'est elle qui t'a suivi quand tu étais bébé et ça c'est important y a des liens qui se créaient " ; " ils sont contents et reconnaissants " ; " ils sont souvent très contents d'être écoutés " ; " Oh ils sont contents (...) ouais ils trouvent qu'on est dispo " ; " oui bien sûr, bien sûr qu'ils sont contents ".*

Les médecins expliquent que les parents sont :

- Rassurés : *" et rassurés d'être écoutés " ; " ils sont rassurés ils nous disent ah ben oui ben, en fait je voulais juste que vous me disiez que c'était normal ".*

- Demandeurs de conseils : *" Ils attendent ça hein " ; " certains sont pas contents parce qu'on leur donne pas assez ".*

4. Partenariats et formation :

4.1. Autres professionnels :

La majorité des médecins déclare **faire appel à d'autres professionnels** pour appuyer le soutien à la parentalité :

- Le pédiatre qui est le professionnel le plus cité : *" ça peut être les services de pédiatrie de l'hôpital " ; " quand vraiment ouais je suis en difficulté (...) je fais appel aux spécialistes (...) pédiatre et euh donc libéraux ou en ville quoi " ; " et pédiatre " ; " Oui le pédiatre, c'est principalement le pédiatre " ; " recours au pédiatre " ; oui le pédiatre ".*

- La PMI : *" ben oui, les services sociaux souvent oui, la PMI " ; " une difficulté, euh, d'ordre social, je leur dis mais pourquoi vous n'allez pas à la PMI, et vous aurez une prise en charge de qualité " ; " la PMI ".*

- L'assistante sociale : *" éventuellement assistante sociale ".*

- Le pédopsychiatre : *" ça peut être un pédopsy ".*

- Les associations : *" des associations par exemple soutien à l'allaitement ".*

- L'ostéopathe ou le kinésithérapeute : *" de l'ostéopathie euh, euh et ou de la kiné " ; " des ostéopathes " ; " ça peut être ostéo, ça peut être kiné ".*

- Le psychomotricien : *" et après euh psychomot ".*

- Le psychologue : *" ça peut être psychologue " ; " pendant les grossesses on a une psychologue avec qui on bosse " ; " euh oui (...) y a des parents qui ont besoin de soutien psychologique ".*

- L'orthophoniste : *" l'orthophoniste si j'ai un doute de faire un bilan ".*

Certains médecins évoquent des difficultés d'accès à ces professionnels parce que :

- Les délais de rendez-vous sont importants : *" non, non " ; " la PMI, souvent ils sont pas disponibles (...) ils sont surchargés aussi " ; " les délais sont quand même assez long, au niveau de la prise en charge " ; " les pedopsy non , c'est très difficile ".*

- La prise en charge n'est pas remboursée : *" au coût qui est pas pris en charge " ; " vu qu'y en a pas beaucoup qui sont remboursés ".*

D'autres médecins déclarent avoir un accès facile à ces professionnels : *" les rendez-vous euh, relativement, ça, relativement quand on appelle " ; " relativement oui" ; " oui c'est pas très compliqué ".*

Des médecins déclarent ne pas faire appel à d'autres professionnels, les raisons évoquées sont :

- Le manque de structures : *" C'est du semi-rural ici on est pas à Montpellier hein ! donc on a, oui on a 2 puéricultrices de PMI qui font ce qu'elles peuvent " ; " non (..) Parce qu'il y a pas grand-chose " ; " il manque un médecin de PMI quand même depuis 3-4 ans ".*

- Le rôle d'un autre professionnel : *" non en fait ça passe pas par moi ".*

4.2. Formation initiale :

La grande majorité des médecins déclare **n'avoir aucune formation initiale sur le sujet** :
" aucune " ; " Je crois pas non….(rires) " ; " zéro " ; " Non ! non c'est, euh, c'est zéro " ; " Pendant mes études non " ; " Rien du tout " ; " on apprend après nos études et c'est beaucoup de bon sens aussi " ; " nos bagages ils sont pas remplis pendant le cursus " ; " je m'en rappelle pas non ! Pas beaucoup on va dire (rires) " ; " euh mes enfants (rires) ".

Seuls, quelques médecins déclarent **avoir eu une formation initiale** lors de stages de pédiatrie *: " j'ai eu la chance d'être à la PMI (…) tout ce que j'ai appris euh je l'ai appris là (…) la vraie formation initiale il faut être franc elle est à la PMI " ; " oui, oui, oui quand, la première année du CES de pédiatrie, c'est, c'est centré autour de ça quand même ".*

4.3. Formation continue :

La grande majorité des médecins déclare **n'avoir aucune ou très peu de formation continue** sur le sujet : *" très peu, très peu, c'était alimentation, vaccination " ; " Pas trop non…. (rires) " ; " zéro...mais j'ai 3 enfants (…) C'est ma formation de base ! " ; " aucune " ; " j'ai fait 2 formations, c'est très peu " ; " pas plus " ; " C'est très rare, c'est très, très rare pour pas dire jamais " ; " en pédiatrie je fais pas trop , parce que c'est pas ce qui me manque le plus." ; " non plus ! " ; " Non j'ai pas fait de formation continue ".*

Seuls, quelques médecins déclarent **avoir eu une formation continue** sur le sujet : *" j'animais la SOFOMEC, et, euh, j'ai, on a eu pas mal de sujets consacrés à l'enfant et à l'adolescent " ; " au conseil général de la PMI parce que j'étais titulaire, donc j'ai fait toutes les formations initiales, de la petite enfance ".*

4.4. Ressenti du médecin sur sa formation :

A la question, pensez-vous être suffisamment formé et informé :

La grande majorité des médecins répond **NON catégoriquement** : *" pas du tout " ; " je pense pas non ! " ; " Non, non, non bien sûr que non (…) Non on est pas bien formé " ; " Non ! On est jamais assez formé même si c'est un sujet qui intéresse en fait, on mise sur nos, nos habitudes " ; " Pas forcément non " ; " Non ! bien sûr que non ! " ; " probablement pas " ; " Ben non puisque je vous dis j'ai pas été formé, enfin à part ma propre expérience ".*

Quelques médecins répondent **NON de façon plus nuancée** : *" On ne l'est jamais suffisamment " ; " On peut toujours être plus formé et plus informé ".*

Seuls, quelques médecins **estiment être suffisamment formés et informés** *:* " on *est jamais assez informé (…) mais j'ai reçu suffisamment d'informations pour exercer mon rôle de médecin généraliste " ; " oui et non, je pense qu'avec l'expérience je me suis formée ".*

4.5. Attentes du médecin généraliste pour faciliter son implication :

Les attentes des médecins sont :

- Pour la grande majorité une formation : *" des formations, des colloques " ; " Ça pourrait être une formation " ; " une formation à améliorer" ; " d'avoir des formations " ; " des formations aussi de la FMC ça serait bien " ; " un peu plus de, de bagages pour euh, pour répondre aux questions des parents." ; " Sous forme de formations, vidéos, savoir comment on pourrait repérer, comment on peut aider la prise en charge." ; " favoriser les stages soit en pédiatrie libérale, soit en PMI, parce que je, je pense que c'est plus utile " ; " si j'avais une formation euh là-dessus, j'apprendrais probablement plein de choses ".*

- Du temps pour faire les formations : *" les formations d'une journée ça coupe la, la consultation quoi, non, non tous ne peuvent pas se permettre " ; " pour l'instant faute de temps ".*

- Du temps de consultation : *" faites-moi des journées de 50 heures et ça posera plus de problèmes " ; " le temps (rires) euh parce que souvent chez les petits c'est des consultations déjà assez longues ".*

- Du travail en réseau : *" le travail en réseau quand on travaille avec un pédiatre, la PMI, avec l'orl, et le neuro-pédiatre y a quand même des informations qui, qui circulent …dans l'exercice du médecin." ; " moi j'attends vraiment de plus travailler avec la PMI, avec euh, l'ase, avec euh même les maternités (…) on commence à créer des liens parce qu'il faut qu'on arrive à travailler ensemble (…) J'ai participé à des réunions avec le, le réseau euh…grandir (...) et j'aimerai bien participer à ces réseaux ".*

Quelques médecins déclarent n'avoir aucune attente : *" j'ai pas spécialement envie de m'investir sur le sujet " ; " J'ai pas d'attente particulière ".*

5. Conclusion de l'entretien :

Nous avons souhaité terminer cet entretien en reposant l'une des premières questions et avons demandé aux médecins quel est donc selon eux le rôle du médecin généraliste dans le soutien à la parentalité.

Des médecins réaffirment **l'importance du rôle** : *" il a un rôle important " ; " je pense qu'il est important ".*

L'importance de ce rôle tient au fait que le médecin généraliste a un rôle :

- De premier recours : *" On est la première ligne " ; " action de premier recours et avec l'idée d'une intervention précoce " ; " au premier plan pour ça ! On est les premiers acteurs pour être dans ce rôle ".*

- De référent pour la famille : *" c'est un peu un rôle référent " ; " le médecin généraliste bon a une, une place pivot au niveau de la famille " ; " ils sont dans la recherche d'informations qu'ils vont chercher sur internet, chez les copines etc donc on peut être l'endroit (...) on est quand même la référence " ; " on a des informations de tous les côtés, internet, la sœur, l'amie et les gens viennent nous voir pour avoir la bonne information* ".

Les médecins redéfinissent ce rôle comme :

- Un rôle de conseils : *" savoir donner des conseils de bon sens, des conseils simples, facilement, faciles à mettre en œuvre " ; " connaissant la famille euh il peut donner des conseils au niveau parentalité " ; " les parents ont besoin d'informations, c'est de leur donner ces informations ".*

- Un rôle d'écoute des parents : *" il faut être très, très à l'écoute des parents " ; " l'écoute des parents, répondre à leurs inquiétudes, dédramatiser certaines choses voilà " ; " quelles que soient leurs questions, quels que soient leurs doutes. ".*

- Un rôle de dépistage : *" attentif aux parents qui n'ont pas de question et pas de doute euh, pour faire notre rôle de dépistage, de prévention chez des enfants qui vont très bien ".*

Les médecins expliquent que ce rôle nécessite de la part du médecin :

- Une attitude bienveillante : *" je pense que si on est là et que, qu'on a une attitude ouverte, que les gens se sentent à l'aise pour poser des questions on peut avoir, on peut avoir une action euh, de soutien " ; " surtout pas culpabiliser les mamans ".*

- Une disponibilité : *" c'est d'être présent " ; " c'est d'être là pour les parents ".*

Quelques médecins réaffirment que **le rôle du médecin généraliste est très limité** *: ".....je pense qu'il est limité , très limité en tout cas en ce qui me concerne il est très limité..." ; " par manque d'investissement personnel ".*

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

ATOUTS ET LIMITES DE L'ETUDE

1. Liés au choix de la méthode qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés :

Pour explorer le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement du développement global des enfants de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité, la recherche qualitative nous est apparue comme la plus adaptée. Le but de ce travail étant d'explorer et d'analyser le vécu, le ressenti et la pratique de médecins généralistes afin de mieux comprendre leur rôle et les modalités de leur implication.

Un des atouts majeurs de cette étude est de pouvoir analyser et explorer avec finesse chaque idée et chaque ressenti exprimés.

Nous avons choisi des entretiens individuels pour éviter l'effet leader ou le jugement entre pairs et des entretiens semi-dirigés qui permettent une grande souplesse afin de garantir une grande liberté d'expression pour le médecin.

2. Liés à l'élaboration du guide de l'entretien :

Après une recherche bibliographique approfondie, nous avons identifié les différents thèmes à aborder pour l'élaboration du guide d'entretien. Bien que cette recherche se soit voulue la plus exhaustive possible, certaines thématiques n'ont pas pu être abordées ou suffisamment développées.
De plus, le fait d'avoir interrogé le médecin sur des thèmes précis a pu faire émerger des réponses qui n'auraient pas été spontanément évoquées.

Néanmoins, nous avons commencé l'entretien par des questions suffisamment ouvertes (Quelle est votre définition du soutien à la parentalité ? Pensez-vous avoir un rôle en matière d'accompagnement et soutien à la parentalité ? Expliquez-moi ce rôle) afin de laisser la possibilité au médecin interrogé de livrer sa première impression sans biais d'orientation, avant de poursuivre sur des thématiques précises.
Nous avons également souhaité terminer l'entretien en posant une question ouverte et ayant aussi pour objectif de voir si la vision globale du médecin pouvait se renforcer ou se modifier au terme de l'entretien dans lequel nous avions abordé de multiples thèmes.

3. Liés à la taille de l'échantillon :

Nous avons choisi de limiter l'étude à 14 entretiens. La saturation des données, telle que définie par la recherche qualitative a été obtenue au 12ème entretien, nous l'avons confirmée par la réalisation de 2 entretiens supplémentaires.

4. Liés à la sélection des médecins participants :

Afin d'obtenir un échantillon le plus varié et représentatif de la population étudiée, à savoir les médecins généralistes exerçant en Occitanie, nous avons rigoureusement sélectionné les médecins à interroger.

Néanmoins, pour des raisons pratiques, les médecins recrutés exerçaient dans l'Hérault à Montpellier ou dans un territoire proche de Montpellier Sud et Montpellier Est et dans le Gard dans un territoire proche de Bagnols-sur-Cèze.

D'après le bulletin sur la situation de la démographie médicale publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, au 1er janvier 2017 les médecins généralistes se composaient de 53% d'hommes et 47% de femmes pour une moyenne d'âge de 51,2 ans (17).
L'échantillon de notre étude se compose de 57% de femmes et 43% d'hommes pour une moyenne d'âge de 51 ans.

Concernant l'échantillonnage sur le type de lieu d'exercice, nous avons sélectionné les médecins en fonction de leur exercice en zone urbaine ou en zone rurale et semi-rurale pour permettre une diversité des réponses recueillies.

Le recrutement des 5 derniers médecins suite aux conseils des premiers médecins interrogés constitue un biais de sélection mais non préjudiciable dans le cadre d'une démarche qualitative.

5. Liés au recueil des données :

Afin de limiter au maximum le risque d'orientation des réponses, nous avons posé le maximum de questions ouvertes, en veillant à adopter une attitude bienveillante et neutre lors de tous les entretiens.

Les entretiens semi-dirigés ont été menés avec une certaine souplesse quant à l'ordre et la formulation des questions, permettant aux personnes interviewées de s'exprimer en toute liberté et de développer et enrichir les thèmes de leur choix.

6. Liés à l'analyse des données :

Pour limiter un potentiel biais d'interprétation, nous avons effectué un double codage.
Les entretiens ont d'abord été codés par l'interne puis par la directrice de thèse, le Dr Jennifer COLLARD POLICAR.
La mise en commun des codages respectifs a permis de discuter d'éventuelles divergences de signification ou d'interprétation.

DISCUSSION PAR THEMES

1. Représentations de la guidance parentale pour le médecin généraliste :

Lorsque nous avons demandé aux médecins généralistes quelle définition ils avaient du soutien à la parentalité, les réponses ont été variées et richement développées.

Les médecins définissent le soutien comme une aide, un accompagnement des parents, qu'ils mettent en place par différents moyens : une écoute, un apport spontané d'informations aux parents ou une réponse à leurs questionnements. Il s'agit aussi pour certains médecins de détecter des problèmes éventuels, notamment d'interaction parent-enfant ou d'anxiété parentale.

Notre étude montre que les médecins évoquent spontanément différents thèmes à aborder avec les parents, les plus cités étant l'alimentation et le sommeil. Même si ces thématiques sont importantes à travailler avec les parents, il apparaît que seule une minorité de médecins aborde spontanément des thématiques centrales de la guidance parentale : analyse et travail autour des sollicitations de l'environnement en vue de favoriser le développement psychomoteur de l'enfant, sujets éducatifs, psycho-comportementaux, de sociabilité de l'enfant ou compréhension des besoins, du comportement et du rythme de l'enfant.
De même, le sujet des interactions précoces, le lien affectif parent-enfant ou les signaux que donne le bébé sur les dysfonctionnements de lien sont très peu évoqués par les médecins.

La vision du soutien à la parentalité, développée par notre échantillon, concorde avec une partie de la définition, en 2012, du soutien à la parentalité du CNSP (31) : « *Elles ont pour spécificité de placer la reconnaissance des compétences parentales comme fondement du bien-être et de l'éducation de l'enfant (...) ces actions privilégient une prévention « prévenante » attentive aux singularités individuelles, sans schéma prédictif, évaluatif ou normatif. Elles utilisent comme levier la mobilisation des parents qui ne sont pas seulement des bénéficiaires de l'action mais qui en sont les acteurs* ».

De même, les représentations de la guidance parentale qui émergent des réponses apportées par les médecins de notre étude concordent en partie avec les recommandations de l'HAS de 2005, qui évoquent l'importance du soutien à la parentalité et définissent ainsi plusieurs objectifs (29) : « *la communication d'informations et de repères sur la construction des liens familiaux et les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ; le développement de compétences parentales comme nourrir l'enfant, réaliser les gestes d'hygiène de base, protéger l'enfant (par exemple concernant les conditions de sommeil), veiller à son bon développement psychomoteur ; le développement de compétences personnelles utiles dans la vie quotidienne comme faire face aux exigences d'un jeune enfant, prendre des décisions et résoudre des problèmes, avoir une réflexion critique, être en capacité de maîtriser son stress* » .

Il semble que les conseils apportés par la plupart des médecins soient nombreux mais restent centrés autour de thématiques précises (alimentation, sommeil, pleurs, croissance staturo-pondérale), occultant de fait une partie des sujets qui peuvent être abordés.

Pourtant, notre étude montre que certains médecins, qui ont eu une formation adaptée, se représentent la guidance parentale comme une approche globale permettant d'amener les parents à comprendre que chaque interaction et proposition à leur nourrisson ont un impact sur son développement. Ainsi, le médecin peut analyser l'impact environnemental et conseiller les parents dans le but de leur faire prendre conscience que les acquisitions de leur enfant sont en lien avec les propositions qu'ils peuvent lui faire et ceci dès les premiers mois de vie.

Dans notre étude, le développement émotionnel et les thématiques plus psychologiques (comportement, éducation, socialisation) sont beaucoup moins développés par les médecins. Un questionnement apparaît donc quant aux raisons de ce constat. Quelques médecins apportent des pistes de réflexion : un manque de formation initiale sur ces sujets, un manque de temps, un sentiment de malaise ou de non-légitimité à aborder ces questions, une volonté de ne pas les aborder ou encore le sentiment qu'une implication de leur part est inutile car les connaissances des parents devraient être évidentes.

De nombreux médecins rappellent qu'effectuer du soutien à la parentalité est une activité chronophage qui demande la libération d'un temps de consultation important par le médecin.

Les thématiques à aborder sont nombreuses, balayant de multiples domaines (éducatifs, psychologiques…), auxquels s'ajoutent les nombreux éléments du suivi du nourrisson (examen complet du nourrisson, suivi du développement psychomoteur et de l'appareil sensoriel, suivi de la croissance staturo-pondérale, vaccinations…).
Cette activité se surajoute donc au panel de rôles qu'exerce déjà le médecin généraliste dans sa pratique courante. Nous y reviendrons par la suite mais nous constatons facilement que le manque de temps est l'une des limites à l'exercice du rôle par le médecin généraliste.

Rappelons enfin, que l'INPES a édité des fiches (37) à visée des professionnels de santé pour aider à accompagner la parentalité dans lesquelles il rappelle « la somme des attitudes et conduites parentales favorables au développement de l'enfant » (provenant du programme « À chaque enfant son projet de vie permanent » du centre de jeunesse de Montréal).

Elles sont définies ainsi :

- Répondre aux besoins de base de l'enfant (alimentation, soins de santé, sommeil) ;
- Offrir une réponse et un engagement affectifs (présence, disponibilité, attention et réaction aux signaux de l'enfant) ;
- Adopter une attitude positive envers l'enfant (valorisation de ses qualités, démonstration d'affection et de chaleur, intérêt pour les activités de l'enfant) ;
- Considérer et traiter l'enfant comme une entité distincte (reconnaissance des besoins spécifiques de l'enfant, acceptation de ses différences) ;
- Exercer le rôle parental avec pertinence (ne pas faire assumer à l'enfant ses responsabilités ou ses difficultés, traiter tous ses enfants avec justice) ;
- Établir un cadre de vie (climat familial serein, règles de vie et limites claires, moyens de récompense et de punition adaptés) ;
- Favoriser la socialisation de l'enfant (aide et encouragement aux relations de l'enfant avec autrui) ;
- Répondre aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant (stimulation de l'enfant, développement du goût de l'exploration).

Une telle vision de la complexité du rôle parental et de son impact direct sur le développement global des compétences de l'enfant doit être expliquée et mise à la connaissance des parents.

En interrogeant volontairement les médecins sur leur vision de la guidance parentale, nous avons pu mettre en évidence qu'ils avaient de bonnes connaissances des moyens à mettre en œuvre auprès des parents (écoute, conseils…) mais seule une faible proportion de médecins évoque spontanément l'intérêt de l'enfant. Le soutien à la parentalité est vu dans un objectif d'aide aux parents, ce que les médecins parviennent à décrire aisément, mais sans son but final qui est de soutenir le développement précoce du nourrisson.

Or, l'objectif de la guidance parentale est d'aider les parents à mieux appréhender leur rôle de parent mais aussi de soutenir le développement précoce du nourrisson, c'est-à-dire :

- Pour un enfant qui se développe bien, sans anomalies détectées, il s'agit de guider et d'informer les parents sur les futures acquisitions et besoins du nourrisson ;

- Pour un enfant qui se développe bien, il s'agit de détecter des petites anomalies (difficultés à tenir assis, à se retourner, peu de pré-langage, interaction pauvre…) afin de les prendre en charge précocement alors qu'elles ne relèvent pas d'une pathologie. Il s'agit alors d'analyser ce qui est proposé à l'enfant afin d'adapter les conseils en fonction de l'enfant mais aussi des compétences et possibilités pour le parent. L'impact de ces mesures sera à réévaluer par des consultations rapprochées ;

- Pour un enfant présentant de grandes difficultés ou un retard dans les acquisitions, il s'agira d'analyser ce qui est proposé au nourrisson afin d'adapter les conseils qui seront complémentaires des orientations possibles spécialisées.

La plupart des médecins de notre étude ont une représentation assez complète et variée de la guidance parentale et de l'environnement psycho-social de l'enfant et ils enrichissent leur définition par leur expérience et leur pratique. Une perspective s'ouvre quant à la formation des médecins qui pourrait leur permettre de mieux percevoir que la guidance parentale est, au-delà d'un moyen d'aider les parents, un véritable outil pour soutenir le développement précoce du nourrisson et agir sur de petites difficultés dans les acquisitions qui peuvent avoir un impact important par la suite.

2. Quel rôle pour le médecin généraliste dans le soutien à la parentalité ?

2.1. Un rôle important :

La plupart des médecins interrogés estiment qu'ils ont une place à part entière dans l'accompagnement du développement global de l'enfant de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité.

Dans leur pratique courante, la grande majorité des médecins a investi :

- Un rôle de réassurance parentale ;
- Un rôle d'accompagnement des parents ;
- Un rôle de réponse aux questions parentales ;
- Un rôle d'information ;
- Un rôle d'écoute nécessitant d'une grande disponibilité du médecin.

En revanche, seule une petite minorité de médecin déclare avoir investi :

- Ce rôle dès la période anténatale, profitant de la grossesse pour aborder certaines thématiques avec les parents ;
- Un rôle de renforcement positif des conduites et attitudes parentales.

Rappelons que les recommandations de l'HAS de 2005 (29) préconisent « *la mise en place de dispositifs précoces durant la grossesse, en particulier en cas de repérage d'une situation de vulnérabilité, ainsi que leur utilisation dès la naissance pour favoriser l'attachement parents-enfant, l'allaitement, la confiance en soi de la mère, la sécurité de la mère et de l'enfant* ».

Notre étude montre donc que la grande majorité des médecins est très impliquée dans la guidance parentale. Les médecins investissent pleinement leur rôle, qui apparaît riche et varié, en utilisant des leviers différents et complémentaires.

Notre travail a permis également de mettre en évidence que, pour ces médecins, le rôle de soutien à la parentalité est vécu comme important et nécessaire lors des consultations de suivi des nourrissons.

Ils expliquent alors que l'importance de leur implication est sous-tendue par différents facteurs.

Deux facteurs sont cités par de nombreux médecins : les besoins des parents et le rôle même du médecin généraliste, un troisième par une minorité de médecins : l'impact sur le développement global de l'enfant.

a) Les facteurs liés aux parents :

- La parentalité n'est pas innée, les parents « *ne naissent pas avec une formation parentale* » mais découvrent le plus souvent leur rôle après la naissance de l'enfant.

  Il est important, comme le rappelle le Pr Tubiana dans son rapport de l'Académie de Médecine (7), de *« leur faire percevoir que la personnalité de leur enfant, sa future vie d'adulte et son insertion sociale dépendent d'eux, et leur faire prendre conscience de leurs responsabilités de parents, notamment au cours de la prime enfance ».*

  Le nourrisson a des besoins spécifiques qui souvent ne sont pas perçus spontanément par les parents. Il faut informer les parents pour leur permettre de développer, dans un climat de sécurité affective, les interactions précoces utiles au développement de l'enfant.

- La société a évolué et la transmission est moins présente dans les familles.

- Les sources d'information se sont développées (média, émissions télévisées, internet, réseaux sociaux…) et avec elles, des avis contradictoires majorant la désorientation et l'anxiété des parents.

- Il faut répondre à l'anxiété parentale : tous les médecins de notre étude s'accordent sur le fait que la parentalité est source d'inquiétude et que leur rôle de réassurance parentale est important.

De plus, de par leur histoire personnelle notamment, les parents ne sont pas également préparés ni également aptes à prendre en charge et éduquer leur enfant au quotidien. Les conditions socio-économiques ou culturelles auxquelles les parents doivent faire face sont différentes de celles qu'ils ont eux-mêmes connues dans leur enfance. Une adaptation est donc nécessaire et la seule reproduction de ce qu'ils ont vécu étant enfant n'est pas suffisante.

Cette évolution des besoins en termes de guidance parentale modifie le rôle même des professionnels qui doivent de fait s'adapter à l'évolution de la société (27) et prendre en compte différents facteurs :

- Des besoins parentaux plus importants en terme de guidance et de conseils : pour des raisons diverses, tout d'abord une évolution du rôle des pères, un intérêt grandissant pour la parentalité et la volonté de mieux connaître et appréhender son rôle, une médiatisation de plus en plus importante de la parentalité et de l'enfance pouvant amener à des avis contradictoires, de nouveaux modèles familiaux, un isolement des familles avec un entourage familial parfois moins soutenant, une précarisation de la société… ;

- Une meilleure connaissance des besoins de l'enfant : grâce aux nombreuses études médicales, psychologiques et sociales, le rôle parental est maintenant perçu comme plus complexe et ne se limite plus seulement à répondre aux besoins primaires de l'enfant. On demande maintenant aux parents de prendre en compte les dimensions psychologiques et émotionnelles, les notions d'attachement, de sollicitations, stimulations et de propositions adaptées pour améliorer le développement et cela dans tous les domaines : langage, interactions, motricité, compétences cognitives…

  Les conseils de puériculture qui en découlent ont donc toute leur place dans l'accompagnement des parents.

b) Les facteurs liés au médecin :

Parallèlement aux besoins des parents, les médecins évoquent un deuxième type de facteur qui donne de l'importance à leur implication : la place et la définition même du médecin généraliste.

Les médecins qui évoquent l'importance de leur rôle expliquent qu'ils ont conscience d'être des acteurs privilégiés puisque la régularité et la durée du suivi permettent un lien fort de proximité et de confiance avec les parents.

Ils rappellent que, par définition même, ils sont le premier recours et un référent pour de nombreuses familles.
Le fait de connaître la famille depuis longtemps leur permet de mieux appréhender les situations et d'adapter leur attitude.

De plus, ils estiment que ce rôle de soutien à la parentalité fait partie d'une de leur mission de médecin généraliste qui effectue le suivi de nourrissons *" ça fait partie du suivi de l'enfant et que si on fait un suivi de l'enfant, du nourrisson, ça fait partie du boulot donc euh. Sinon on en fait pas je dirai "*.

La position de médecin de famille prend alors tout son sens, le médecin connaît l'environnement familial, les particularités parentales comme les facteurs socio-culturels, l'histoire familiale, les compétences et fragilités des parents. Tout en prenant en compte ces éléments, cette richesse d'information et cette relation forte médecin-patient lui permettent d'analyser et d'accompagner à la fois la prise en charge quotidienne proposée par les parents et aussi les interrogations ou l'anxiété parentale et donc d'appréhender de manière plus globale le développement du nourrisson.

La place privilégiée du médecin généraliste dans le suivi des nourrissons est rappelée dans la littérature, notamment avec une étude de la DREES de 2007, qui montre que « *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* » (16).

c) Les facteurs liés au nourrisson :

Seuls quelques médecins évoquent un troisième type de facteur qui explique l'importance de leur rôle : l'impact sur le développement et le bien-être des enfants.

En effet, une minorité de médecins insiste sur l'impact positif sur le développement de l'enfant et rappelle que le nourrisson est un être dépendant et que donc toute initiative pour améliorer l'environnement de l'enfant aura un impact bénéfique sur son développement *" si on oublie le milieu on est passé à côté de la moitié des choses "*.

2.2. Un rôle de prévention primaire et secondaire :

La grande majorité des médecins de notre étude estime que le rôle de soutien à la parentalité fait partie de leur rôle de prévention primaire et secondaire.

Nous avons pu constater que ce rôle de prévention primaire est riche, varié et très investi par les médecins de notre étude, ils rappellent que leur rôle est notamment :

- D'anticiper les problèmes ;
- D'informer, de donner des conseils simples.

Spontanément, les médecins interrogés déclarent avoir un rôle de soutien parental, particulièrement pour : les milieux défavorisés, les mères jeunes, les parents anxieux, les familles multiculturelles dans lesquelles on ne maîtrise pas bien la langue française.

Concernant la prévention secondaire, les médecins interrogés rappellent que leur rôle est :

- De résoudre les problèmes.

Lorsque nous avons demandé aux médecins leur attitude lorsqu'ils constataient un retard ou des anomalies chez le nourrisson, nous avons pu constater que ce rôle de prévention secondaire était en pratique peu investi par une majorité de médecins qui, dans ce cas, oriente directement l'enfant à un autre professionnel, en grande majorité au pédiatre, puis dans une moindre mesure, à la PMI, au neuro-pédiatre, au pédopsychiatre, au CAMPS ou encore au kinésithérapeute.

Seule, une minorité de médecins met en place un suivi plus rapproché avec les parents en donnant des conseils pour essayer de rectifier le problème identifié en adaptant les propositions faites par le parent à l'enfant. Ces mêmes médecins n'orientent dans un second temps que si nécessaire, c'est-à-dire si le problème persiste malgré les conseils.

Ainsi, si nous avons pu constater que le rôle de prévention primaire est investi par les médecins, l'utilisation de la guidance parentale en prévention secondaire est néanmoins une vision plutôt théorique qui est finalement peu mise en pratique. Les difficultés ou décalages dans le développement font préférentiellement l'objet d'orientations vers d'autres professionnels. Peu de médecins utilisent la guidance parentale comme un outil thérapeutique grâce auquel l'enfant se soigne lui-même au contact de son environnement.

2.3. Déterminants de l'implication du médecin généraliste et diversité des pratiques :

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que, parmi les médecins exerçant un rôle de soutien à la parentalité, différentes pratiques sont mises en œuvre :

- Une majorité de médecins intervient même si aucune interrogation n'est évoquée par le parent. Ces médecins abordent systématiquement les thématiques de la guidance parentale en se fiant à leur connaissance, leur expérience et leurs observations pendant la consultation avec le nourrisson ;

- Certains médecins, pour qui la source de la guidance est le questionnement parental, s'impliquent uniquement à la demande des parents.

Il existe un lien entre les sujets de préoccupations exprimés par les parents (alimentation, sommeil, pleurs, croissance staturo-pondérale) et les thèmes évoqués spontanément par les médecins lors de la consultation. La guidance parentale semble donc axée autour des questions et inquiétudes parentales, au risque d'occulter et ne pas travailler d'autres thématiques importantes pour le développement du nourrisson.

De plus, notre travail met en exergue que l'implication du médecin ne dépend pas de la présence ou non de difficultés ou retard de développement. La majorité des médecins exerce leur rôle de guidance parentale même si le nourrisson semble avoir fait les acquisitions en rapport avec son âge.

Le soutien à la parentalité devient alors un véritable outil de prévention, intégré systématiquement à la consultation de suivi, alliant interrogatoire ciblé, conseils adaptés et renforcement positif du parent.

Bien qu'il n'existe pas une unité des pratiques, force est de constater que les médecins s'impliquent dans la guidance parentale en investissant toute la durée de la consultation. Si l'interrogatoire et la fin de consultation sont évidemment des temps privilégiés pour les questions et les conseils, l'examen clinique apparaît aussi comme temps durant lequel le soutien parental peut s'exercer.
D'une part, ce moment permet au praticien d'observer l'enfant et le parent dans une phase dynamique, de percevoir des difficultés non mises en évidence par l'interrogatoire et donc de mieux adapter les conseils proposés. D'autre part, l'examen clinique permet au médecin de mettre en œuvre concrètement certains conseils (alimentation, portage, motricité, interactions, langage…).
Cette phase prend tout son sens dans la mesure où elle peut permettre une meilleure prise de conscience des difficultés par le parent ou favoriser une adhésion au conseil apporté puisque l'effet positif sur le nourrisson peut être perçu immédiatement.
L'examen clinique apparaît comme un moment d'échange triangulaire privilégié entre le médecin, le parent et le nourrisson.

2.4. Un rôle limité :

Il est intéressant de constater que les réponses sont peu nuancées quant à la vision globale des médecins sur leur rôle de guidance parentale.

Soit ce rôle est très important, ce qui n'empêche pas qu'il soit parfois difficile à pratiquer pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

Soit, pour des raisons très variées, des médecins pensent que leur rôle est peu important, ne l'investissent pas et préfèrent dans ce cas réorienter les parents et le nourrisson vers un autre professionnel.

Il est intéressant de constater que ces médecins effectuent en pratique très peu ou pas du tout de consultations de suivi de nourrissons.

Cette implication limitée s'explique de différentes manières mais les raisons évoquées sont toujours liées au médecin lui-même et à sa pratique :

- Le médecin généraliste pense que ce n'est pas son rôle : c'est une volonté de sa part de ne pas exercer de soutien à la parentalité, laissant la place à un autre professionnel. Le médecin pense que la guidance parentale est inutile, puisque la parentalité devrait être naturelle et les connaissances évidentes pour le parent. La société et les attentes des parents ont évolué, le soutien à la parentalité est perçu négativement.

- C'est le rôle du médecin généraliste mais trop de facteurs limitants empêchent le médecin d'exercer ce rôle :

    - Le manque de temps : le médecin généraliste a un rôle théorique dans le soutien à la parentalité et a conscience de l'intérêt de la guidance parentale mais l'implication dans la pratique courante est difficile par manque de temps. Il oriente les familles vers un autre professionnel (pédiatre ou PMI).

    - Le manque de légitimité : le médecin n'effectue pas de guidance parentale car il estime que le pédiatre est plus légitime que lui pour effectuer ce soutien.

3. L'importance d'un suivi régulier :

Comme le préconisent la loi et l'HAS (20), les médecins interrogés mettent en place un calendrier de suivi très structuré avec un suivi très rapproché la première année, tous les mois les 6 premiers mois puis à 9 mois et 12 mois, puis des consultations espacées de 3 à 6 mois la 2eme année.

Au-delà d'un suivi régulier, les consultations de suivi de nourrissons requièrent bien souvent une adaptation du temps de consultation.

Même si l'analyse des pratiques publiée par la DREES (16), en 2007, sur la typologie des consultations pédiatriques en médecine générale retrouve que « *dans 41% des consultations de prévention durent moins de dix minutes* », les médecins interrogés dans notre étude ont quasiment tous exprimé leur besoin d'augmenter la durée de consultation lorsqu'il s'agit du suivi d'un nourrisson.

En effet, pour effectuer le suivi de l'enfant de moins de 2 ans, la majorité des médecins libère un temps plus long que pour des consultations d'adulte ou de pathologies aiguës infantiles, rappelant qu'il est nécessaire de prendre du temps et d'être disponible pour effectuer ce suivi.
Cette disponibilité permet, dans un cadre bienveillant, d'ouvrir un espace de parole avec les parents et le nourrisson, indispensable d'autant plus lorsqu'il s'agit du premier enfant de la famille.

4. Prise en compte de l'environnement de l'enfant :

Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence que tous les médecins interrogés prennent en compte l'environnement de l'enfant.

4.1. Environnement psycho-social :

Le médecin généraliste a des informations précieuses recueillies pendant les consultations du nourrisson mais aussi en dehors grâce à sa place de médecin de famille, ce qui lui permet dans la grande majorité des cas, d'avoir une vision globale de l'environnement de l'enfant.

Tous les médecins interrogés donnent une définition riche et variée de l'environnement psycho-social de l'enfant.

Les éléments majoritairement cités sont en rapport avec les parents :

- Les particularités parentales : leur niveau socio-économique, leur niveau intellectuel, leur niveau socio-professionnel, leur niveau socio-culturel ;
- L'histoire familiale ;
- La composition du foyer familial ;
- Les habitudes et le comportement des parents.

En revanche, les autres personnes extérieures au foyer familial (famille élargie, mode de garde de l'enfant) et le lieu de vie de l'enfant sont peu pris en compte par les médecins.

Nous avons également pu constater que tous les médecins s'adaptent en fonction de leur connaissance de cet environnement.

En effet, ils modifient leur attitude en fonction de l'environnement psychosocial de chaque enfant en :

- Adaptant le langage utilisé et les conseils, en simplifiant les explications ;
- Donnant plus d'informations et en posant plus de questions ;
- Augmentant le temps de conseil.

De plus, les médecins évoquent des signaux d'alerte repérés en dehors de la consultation du nourrisson qui leur indiquent qu'il faut particulièrement soutenir les parents :

- Des fragilités familiales : difficultés avec la fratrie, mères isolées, violences conjugales ;
- Un événement familial traumatique ;
- Un état psychologique parental à risque : l'anxiété, les pathologies psychiatriques ;
- Le déroulement de la grossesse.

En plus des nombreuses informations détenues par le médecin généraliste du fait de sa place de médecin de famille, les médecins interrogés obtiennent d'autres informations lors de la consultation du nourrisson.

Des signaux d'alerte indiquent au médecin que le soutien est à renforcer chez les parents :

- Le comportement du parent : un parent énervé, agressif, trop exigeant, dépassé, inadapté, anxieux, détaché, faisant preuve de manque de patience ou encore une mère fragilisée par une relation trop forte avec l'enfant ;
- Le comportement du père avec la mère lors de la consultation ;
- Le développement psychomoteur : des anomalies motrices, un comportement du nourrisson qui interpelle, des difficultés d'interaction du médecin avec le nourrisson ;
- Un retard de croissance staturo-pondéral.

Ces constatations mettent encore une fois en lumière la place privilégiée du médecin de famille, qui, par sa connaissance de l'environnement global de l'enfant, peut adapter son attitude et ses conseils en fonction de chaque situation afin d'apporter un soutien le plus efficient possible.

4.2. Relation parent-enfant :

Réel bénéfice pour le médecin dans l'exercice de son rôle de soutien à la parentalité, la prise en compte de l'environnement passe aussi par une analyse des interactions entre l'enfant et ses parents.

Les médecins généralistes sont donc très attentifs à la relation parent-enfant lors de la consultation, en s'intéressant prioritairement à l'attitude du parent : la façon de parler à l'enfant, les gestes envers l'enfant, l'attitude face aux réactions du nourrisson (la capacité à rassurer l'enfant, l'anxiété parentale ou encore l'énervement) ainsi que l'investissement de chaque parent.

Il est intéressant de constater que, si tous les médecins sont attentifs à l'attitude du parent, en revanche, spontanément seule une très faible minorité de médecins est attentive à l'attitude du nourrisson.

Paradoxalement, si l'interaction parentale est visiblement importante à évaluer pour eux, la majorité des médecins ne sollicite pas le deuxième parent, bien souvent le père, lorsqu'il ne vient pas aux consultations du nourrisson : soit parce que le praticien estime que ce n'est pas nécessaire, connaissant déjà le deuxième parent, soit parce que ce dernier n'est pas disponible aux vues de ses contraintes horaires.

D’autres médecins sollicitent le deuxième parent pour qu’il puisse venir en consultation afin d’analyser sa relation avec l’enfant, surtout lors des premiers mois de vie. Pour ce faire, ils adaptent volontairement leurs horaires de consultation.

La relation parent-enfant comprend aussi la dimension du lien affectif et de l’attachement. Les données actuelles de la science nous apprennent que la qualité de cet attachement précoce a un impact sur le développement émotionnel et psychique du nourrisson et sur le futur comportement de l’enfant (38). En effet, l’enfant a besoin, dès sa naissance, de la présence d’un adulte, attentif à ses besoins, avec lequel il développera un attachement sécurisé. Si ce lien ne se crée pas correctement, l’impact immédiat et futur sera important et il est donc nécessaire de l’évaluer précocement et de l’expliquer aux parents.

La guidance parentale peut permettre de détecter des anomalies du lien et de mettre en place des stratégies afin d’y remédier. Les médecins de notre étude qui sont à l’aise avec le soutien parental parviennent à travailler la question de l’attachement avec les parents au moment de la consultation. Étonnamment, d’autres médecins qui sont particulièrement vigilants à la relation parent-enfant, estiment cependant ne pas avoir de rôle dans le soutien du lien affectif, se sentant mal à l’aise où non légitimes. Cette forme d’implication leur semble trop difficile à mettre en place, comme s’ils ne pouvaient pas aborder une question aussi intime que le sentiment d’amour à l’enfant, au risque de culpabiliser le parent.

4.3. Sollicitations parentales :

Les médecins s’intéressent à la manière dont les parents stimulent le nourrisson. Par les questions posées, ils s’attachent à comprendre ce que les parents proposent quotidiennement au nourrisson (jeu, motricité, langage, lecture…). Par leurs observations en consultation, ils analysent l’attitude parentale, ce qui les renseigne sur les sollicitations faites à l’enfant (comment se déroulent le déshabillage, le portage, la manière de parler ou non à l’enfant…).

Même si les médecins ne l’abordent pas spontanément, ils ont montré qu’ils pouvaient apporter une multitude de conseils pratiques afin de permettre aux parents de stimuler le langage et la motricité.

Nous savons que les acquisitions de l'enfant les premières années de vie ne sont pas uniquement génétiquement programmées mais dépendent directement des expériences proposées par l'environnement et donc des parents. Comme nous l'avons développé dans le contexte, les connaissances actuelles (13) montrent que l'enfant acquiert des compétences et intègre des représentations de lui-même et du monde qui l'entoure grâce aux expériences sensorielles et motrices qu'il vit, d'autant plus qu'elles sont accompagnées par l'adulte.
L'analyse des stimulations parentales par les médecins s'inscrit donc pleinement dans les fondements de la guidance parentale et dans un de ses objectifs qui est de soutenir le développement psychomoteur.

5. Cas particulier de la surexposition aux écrans chez les enfants de moins de 2 ans :

Il est étonnant de constater que de nombreux médecins interrogés n'abordent pas le sujet de la surexposition aux écrans avec les parents d'enfant de 0 à 2 ans.

Nous avons également été surpris par les raisons évoquées. En effet, les médecins interrogés n'abordent pas le sujet avec les parents parce qu'ils estiment que cela n'est pas nécessaire puisqu'il n'y aurait pas selon eux, de surexposition aux écrans chez les enfants de moins de 2 ans. En revanche, ces mêmes médecins abordent le sujet avec les parents d'enfants plus grands.

Les conseils donnés sont fonction des représentations que les médecins ont de la société et des habitudes de vie des parents, il semble que ces médecins aient une méconnaissance de la réalité de l'exposition des enfants de moins de 2 ans aux écrans.

En 2013, le Secteur Français des Aliments de l'Enfance (SFEA) a mené une enquête nationale auprès de 1181 enfants afin d'analyser le comportement et la consommation alimentaire des enfants âgés de moins de 3 ans (39). Le contexte environnemental autour de l'alimentation de l'enfant a été exploré et particulièrement l'exposition aux écrans.

Les chiffres sont alarmants :

- 30% des enfants de moins de 3 ans et 15% des enfants de moins de 1 an prennent leur repas devant un écran (télévision, ordinateur, console, tablette, téléphone portable avec écrans, Smartphone) ;

- Sont devant un écran tous les jours : 11% des enfants de 15 jours à 3 mois, 54% des enfants de 12-23 mois, 75 % des enfants de 30-35 mois.

De plus, le temps moyen passé par jour est de 30 minutes jusqu'à 12 mois, 50 minutes à 24-29 mois et près d'une heure à 30-35 mois.

D'ailleurs, les innovations en matière de matériels de puériculture se développent dans le but d'inciter une exposition aux écrans de plus en plus précoce chez les enfants. En effet, depuis quelques années, sont par exemple proposés aux parents : le transat avec support pour tablette, le pot pour bébé porte-tablette ou encore le porte biberon pour smartphone permettant au parent de poursuivre l'utilisation de son téléphone même lors de l'alimentation du nourrisson.
Face à ces messages « catastrophiques » distillés aux parents par les enseignes commerciales, on comprend aisément l'ampleur de la tâche à effectuer en matière de prévention.

6. La guidance parentale, un vécu positif :

Tout au long de notre travail, nous avons pu constater que l'ensemble des médecins qui s'investissent dans la guidance parentale ont un ressenti très positif de leur rôle.

Tout d'abord, c'est un sujet qu'ils trouvent passionnant et pour lequel certains médecins ont un attrait particulier.

De plus, les médecins estiment que leur place de médecin de famille (connaissance de la famille, de l'environnement, relation de confiance médecin-patients…) ne peut être qu'un avantage pour effectuer du soutien à la parentalité, c'est un rôle dans lequel ils se sentent à l'aise et tout à fait légitimes.

Effectuer de la guidance parentale est valorisant pour le médecin qui s'investit dans un rôle qui, même s'il est source de difficultés (par manque de connaissance, manque de temps...), lui apporte de la satisfaction.

Un sentiment partagé par les parents qui apparaissent comme très demandeurs de conseils de la part de leur médecin, puisque par cette action le médecin parvient à les soutenir et les rassurer dans ce rôle complexe, source de nombreuses interrogations et inquiétudes.

Tous ces éléments participent à faciliter la pratique du médecin généraliste.

L'implication d'une personne dans un domaine (quel qu'il soit) est aussi liée à ses propres sentiments, il est évidemment plus facile de s'investir dans un domaine qui plaît, qui procure de la satisfaction et dans lequel on se sent valorisé.

7. Relations avec les autres acteurs : un travail en réseau à développer :

Lors de notre étude, nous avons pu mettre en évidence que les médecins ont très peu développé le travail en réseau pour optimiser et appuyer le soutien à la parentalité.
Les médecins interrogés font principalement appel au pédiatre ou à la PMI mais, dans la grande majorité des cas, de façon très ponctuelle.

Or, nous savons que le travail en réseau est un facteur favorable au suivi pertinent et à une prévention précoce et cohérente.

Les résultats de notre étude concordent avec une étude de la DREES (40) de 2008 qui montre que « *moins de 5 % des généralistes indiquent ainsi avoir eu des contacts au cours des quinze derniers jours à propos d'un patient avec un médecin de protection maternelle et infantile (PMI)* ».

Pourtant, la PMI est un acteur majeur du dispositif de soutien à la parentalité (41).

En effet, toutes les actions de prévention sont positionnées sur l'ensemble des milieux de vie de l'enfant : cadre familial, lieux de socialisation, modes d'accueil, école maternelle, permettant une action transversale et non segmentée. Ses missions sont diverses et se déclinent notamment en consultations avec un médecin ou des puéricultrices, entretiens, visites à domicile, actions collectives, agrément et suivi des modes d'accueil du jeune enfant (assistants maternels, établissements d'accueil).
Les modalités de travail sont basées sur une composition pluridisciplinaire des équipes : médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychologues, auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants, conseillers conjugaux... permettant ainsi d'atténuer les frontières traditionnelles existant entre le médical, le médico-social et le social.

De plus, le tissu associatif ne fait partie des recours envisagés par les médecins que pour appuyer le soutien qu'ils apportent aux parents. Pourtant, de nombreux dispositifs sont créés notamment par les collectivités territoriales afin de mettre en relation les professionnels, les parents et les enfants.

Les Réseaux d'Ecoute et d'Appui et d'Accompagnement des Parents, dispositifs publics de soutien à la parentalité, créés en 1999, visent à conforter à travers le dialogue et l'échange, les compétences parentales. Ils sont fondés sur des initiatives locales et départementales et mettent en réseau différents porteurs de projet : des professionnels et/ou bénévoles et des élus. Ils suscitent des rencontres et échanges entre les parents.

L'objectif principal des actions portées par le REAAP est de développer les compétences des parents en tant que premiers éducateurs de leurs enfants, en s'appuyant sur leur savoir-faire et leurs capacités à s'entraider. En leur redonnant confiance dans leurs capacités, ils permettent aux parents d'assurer leur fonction et leur responsabilité parentales.

Rappelons qu'en 2016, les actions des REAAP financées par le réseau des Caisses d'allocations familiales (CAF) ont mobilisé 946 100 participants et 448 500 familles différentes (42).

Les Lieux d'Accueil Enfants Parents sont ouverts aux enfants âgés de moins de six ans, accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte familier et proposent de participer à des temps conviviaux de jeux et d'échanges.

Le but de ces lieux est de participer à l'éveil et à la socialisation de l'enfant et de favoriser et conforter la relation entre l'enfant et les parents. Ils visent à apporter un appui aux parents dans l'exercice de leur rôle par un échange avec d'autres parents ou avec des professionnels.
Par exemple, dans l'Hérault, l'association le Baobab propose 5 lieux d'accueil parents-enfants à Montpellier et 2, à Lunel, pour les enfants de 0 à 3 ans accompagnés d'un adulte familier. Les familles peuvent fréquenter ces lieux dans l'anonymat, librement et gratuitement.

En 2016, le territoire français comptait 1 535 lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) (43).

Si ces dispositifs semblent peu connus des médecins, il semblerait qu'il en soit de même pour les familles.
En effet, une étude de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) (44) en 2016 rapporte que, si plus de trois quarts des parents se disent très préoccupés par au moins un des sept items relatifs à leur rôle de parents, en revanche, ils sont peu nombreux à déclarer avoir fréquenté un lieu proposant un appui aux parents (15 % déclarent avoir déjà fréquenté une structure proposant un accueil, de l'écoute ou des informations pour les parents, 9 % une structure proposant une action d'accompagnement à la scolarité pour leurs enfants et 5 % une association de médiation familiale). Cependant, si une action était menée près de chez eux, 34 % des parents enquêtés déclarent qu'ils s'y rendraient certainement et 44 % qu'ils s'y rendraient peut-être.

De plus toujours selon cette étude, les professionnels de santé sont les principales ressources des parents en cas de difficulté (après l'entourage familial) auxquels ils sont 60 % à faire appel.

Il existe donc un réel problème de visibilité de ces structures tant du côté des médecins généralistes que des parents. Mettre ces dispositifs à la connaissance des médecins généralistes permettrait une réorientation des familles dans des lieux privilégiés et adaptés, cette complémentarité ne pourrait que renforcer le soutien déjà apporté aux familles. De surcroît, le médecin serait alors moins isolé dans sa pratique.

Dans ce sens, le gouvernement a adopté fin décembre 2017, le plan stratégie santé 2018-2022.
L'un des objectifs est de « Sensibiliser aux services de soutien à la parentalité présents sur le territoire, les centres de santé, les pédiatres et médecins généralistes libéraux et autres professionnels de santé en contact avec les familles » (43).

8. Une formation que les médecins estiment insuffisante :

Les médecins de notre étude ne sont pas satisfaits de leur formation initiale et continue. Ils regrettent une formation initiale principalement axée sur la prise en charge curative des enfants, au détriment des actions de prévention et de la prise en charge de l'enfant « en bonne santé », plus proche des réalités de terrain du médecin généraliste.

Il est interpellant de constater que la légitimité des médecins interrogés, à effectuer du soutien à la parentalité, n'est pas liée à leurs compétences acquises lors de leurs formations mais à leur expérience personnelle de la maternité ou de la paternité, ainsi qu'à leur expérience sur le terrain de médecin généraliste. Les jeunes médecins, de surcroît sans enfant, expliquent ne pas se sentir légitimes dans ce rôle qu'ils ont pourtant envie d'investir.

Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence que l'expérience de la PMI semble être un élément déterminant. Les médecins passés dans les services de PMI (en tant qu'étudiant ou en tant que titulaire d'un poste de médecin de PMI) nous ont fait part de leur ressenti sur le sujet et nous ont expliqué que leur expérience de la PMI (qu'ils voient comme une chance) avait modifié la vision qu'ils avaient du suivi de l'enfant. Le soutien à la parentalité fait partie intégrante de leurs consultations de suivi du nourrisson et les thèmes éducatifs, psychologiques ou affectifs sont abordés avec les parents. Au-delà de l'aide qu'ils apportent aux parents, ces médecins utilisent la guidance parentale comme un véritable outil pour soutenir le développement précoce du nourrisson et agir sur de petites difficultés dans les acquisitions qui pourraient avoir un impact important par la suite.

En 2006, le Pr Tubiana, dans un rapport de l'académie de médecine alerte sur le manque de formation des étudiants en médecine et sur la nécessité d'un passage en PMI ou en médecine scolaire pour sensibiliser les futurs professionnels de santé aux thématiques centrales la guidance parentale : *« Les médecins et les professionnels de santé sont peu formés dans ce domaine. Il est nécessaire de donner à tous un enseignement théorique et pratique sur le développement psychomoteur, affectif et intellectuel de l'enfant (…) Les généralistes et les pédiatres doivent apprendre à évaluer l'interaction mère-bébé. Examiner un nourrisson ne saurait se borner à vérifier que tout va bien sur le plan somatique, il faut examiner la qualité de l'environnement et s'assurer qu'il est propice à son développement psychique (…) Pour la pratique, il serait souhaitable d'organiser au cours du troisième cycle d'études médicales, des stages en PMI et en médecine scolaire »* (7).

9. Freins à l'exercice du rôle par le médecin généraliste :

Les principales difficultés identifiées sont liées au médecin lui-même et à sa pratique : c'est-à-dire le manque de temps et le manque de formation.

Si le manque de temps est une problématique qui apparaît plus difficile à résoudre, tant les missions du médecin généraliste sont vastes.
En revanche, force est de constater qu'il est évidemment possible d'agir sur l'un des principaux freins à la pratique du médecin généraliste à savoir le manque de formation.
Une telle prise de conscience des pouvoirs publics est nécessaire et permettrait d'adapter la formation des étudiants en médecine qui, par la suite, se trouvent démunis dans un rôle qu'ils ont pourtant envie d'investir.

Si les médecins généralistes ont donc des attentes dans ce domaine, cependant la plupart ne souhaitent pas s'impliquer plus dans le soutien à la parentalité, soit parce qu'ils n'ont que très peu d'intérêt pour la guidance parentale, soit parce qu'ils estiment être déjà suffisamment investis.
Agir sur le manque de formation permettrait d'optimiser les actions du médecin généraliste qui, nous l'avons vu, est déjà très impliqué dans la guidance parentale. Le soutien n'en serait que plus efficient.

10. Modélisation des résultats : 3 profils de médecins généralistes :

Dès les premières questions de l'entretien débutant avec la définition du soutien à la parentalité et la vision globale du rôle du médecin généraliste, nous avons pu distinguer 3 profils de médecins différents. La poursuite de l'entretien a confirmé cette impression et a permis de définir 3 modalités d'implication différentes pour les médecins généralistes.

1er profil : Le médecin ne souhaite pas s'impliquer.

Ces médecins effectuent volontairement très peu de consultations de suivi de l'enfant et ont un faible attrait personnel pour le sujet de la guidance parentale. Le suivi de l'enfant est assuré préférentiellement par d'autres professionnels (PMI ou pédiatre).
Parmi ces médecins, une catégorie se dit exaspérée par le changement de société et pense que la guidance parentale est inutile puisqu'être parent ne devrait pas s'apprendre.

Une autre catégorie estime ne pas avoir le temps ou être moins légitime que le pédiatre pour effectuer le suivi des nourrissons.
Le manque de formation ne les impacte donc pas puisqu'il s'agit d'une réelle volonté du médecin de ne pas s'impliquer plus sur le sujet.

2ème profil : Le médecin est impliqué mais, par manque de formation, n'intègre qu'une partie de la guidance parentale à la consultation.

Ces médecins, qu'ils aient une part importante de consultations de nourrissons ou pas, sont très impliqués dans le suivi de l'enfant. Dans leur pratique courante, le rôle de guidance parentale est important et beaucoup de temps y est consacré.
Mais, leurs compétences dans le domaine ont seulement été acquises sur le terrain ou par leur propre expérience de la parentalité. Le soutien à la parentalité est principalement centré sur les besoins primaires de l'enfant, correspondant d'ailleurs aux besoins exprimés par les parents, occultant de fait une partie centrale de la guidance parentale. Le soutien à la parentalité est principalement utilisé comme un outil de prévention primaire et de détection mais très peu investi comme un moyen d'agir sur de petites anomalies du développement et permettre un impact sur le développement précoce du nourrisson.

Une formation adéquate leur permettrait d'optimiser leur forte implication auprès des familles.

3ème profil : Le médecin est impliqué et a bénéficié d'une formation solide sur le sujet.

Ces médecins sont très impliqués dans le suivi du nourrisson et ont un fort attrait pour le sujet du soutien à la parentalité, qu'ils trouvent passionnant et qui fait partie d'une des raisons pour lesquelles ils aiment exercer leur métier de médecin généraliste.

Forts de leurs connaissances, acquises lors de stages ou d'expérience professionnelle (particulièrement en PMI), ajoutées à leur propre expérience de la maternité ou de la paternité, ils ont intégré la guidance parentale dans leur pratique quotidienne, véritable outil de prévention primaire et secondaire pour soutenir le développement précoce du nourrisson.

Au-delà de l'identification de ces trois profils de médecins, notre étude a permis de constater que l'avis des praticiens interrogés n'était pas influencé par l'entretien lui-même.

Lorsque nous avons terminé l'interview en reprenant la même question que celle posée initialement, leur avis n'avait pas changé et les réponses étaient peu nuancées.

Certains médecins réaffirment leur place très limitée dans la guidance parentale, sans vouloir s'impliquer plus dans ce rôle.

D'autres réaffirment au contraire l'importance de leur rôle en terme de guidance parentale et insistent particulièrement sur leur place de référent et de premier recours pour les familles.

OUVERTURE DE LA DISCUSSION

1. Communication des principaux résultats :

Les dispositifs de soutien à la parentalité sont nombreux, comme nous avons pu le constater le médecin généraliste a un rôle important à jouer mais la plupart des médecins interrogés n'ont pas développé de réseau pour appuyer le soutien apporté aux familles.

Dans le but d'essayer d'améliorer la visibilité des structures et dispositifs existants dans le soutien à la parentalité et de permettre une meilleure communication et collaboration, nous écrirons et proposerons une rencontre aux différents acteurs impliqués dans le soutien à la parentalité afin de leur montrer les principaux résultats de notre étude.

2. Projets d'études complémentaires à notre travail :

Dans notre étude, nous avons choisi d'explorer le ressenti et le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement du développement du nourrisson par le soutien à la parentalité.

Il serait intéressant et complémentaire d'effectuer une étude qualitative auprès de parents de nourrissons afin d'explorer la perception qu'ils ont du rôle de leur médecin dans la guidance ainsi que leurs attentes en termes de soutien à la parentalité de la part de leur médecin généraliste.

De plus, dans notre étude, le passage en PMI semble être un élément déterminant en termes d'implication et de connaissances, un autre travail auprès de médecins généralistes ayant effectué un stage ou travaillé en PMI permettrait de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION

L'évolution de la société et l'émergence d'une vision de la santé de l'enfant et du nourrisson, selon laquelle le développement de l'enfant résulte de facteurs génétiques, internes mais aussi environnementaux, ont entraîné une modification du rôle des parents et, de fait, une évolution du rôle des acteurs impliqués auprès des familles. En France, de nombreux dispositifs publics de soutien à la parentalité ont été créés afin d'accompagner les parents dans leur rôle et de soutenir précocement le développement de l'enfant.
Dans ce contexte, nous nous sommes interrogées sur le rôle des médecins généralistes dans l'accompagnement du développement global du nourrisson par le soutien à la parentalité. Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Occitanie.

Dans notre travail, il apparaît que ce rôle de soutien à la parentalité a de l'importance pour la grande majorité des médecins qui ont investi et développé la guidance parentale dans leur pratique courante, même s'ils doivent faire face à certaines difficultés. Les médecins interrogés ont une représentation assez complète et variée du soutien à la parentalité et de l'environnement psycho-social de l'enfant et enrichissent leur définition par leur expérience et leur pratique. Le médecin généraliste apparaît comme un acteur privilégié puisqu'il est en contact la plupart du temps avec l'ensemble de la famille, dès les premiers moments et tout au long de la vie de l'enfant, ce qui est une richesse extraordinaire. Cette richesse d'information et cette relation forte médecin-parent lui permettent d'analyser et d'accompagner à la fois la prise en charge quotidienne proposée par les parents mais aussi les interrogations et l'anxiété parentale et donc d'appréhender de manière plus globale le développement du nourrisson. Cette place privilégiée de médecin de famille peut ainsi permettre au médecin généraliste d'être un acteur clé de la guidance parentale, véritable outil de prévention primaire et secondaire qui se surajoute à l'éventail d'outils du médecin généraliste.
Ce rôle de soutien à la parentalité est vécu positivement par l'ensemble des médecins de notre étude, certains exprimant le fait qu'ils se sentent à l'aise et tout à fait légitimes. Ils estiment que leur place de médecin de famille ne peut être qu'un avantage pour effectuer ce soutien. Ce qui facilite évidemment leur implication, même s'ils rappellent que le manque de temps et de formation sont des freins non négligeables dans leur pratique courante.

Malgré ce vécu positif de leur implication et du fait d'un manque de formation, certains médecins n'utilisent qu'une partie de la guidance parentale, les conseils apportés sont nombreux mais il semble que la guidance soit centrée sur des thèmes tels que l'alimentation, le sommeil, les pleurs ou encore la croissance staturo-pondérale, correspondant aux attentes exprimées par les parents mais occultant de fait d'autres éléments importants à travailler avec les familles.
Seule une minorité de médecins aborde spontanément des thématiques centrales de la guidance parentale : analyse et travail autour des sollicitations de l'environnement en vue de favoriser le développement psychomoteur de l'enfant, sujets éducatifs, psycho-comportementaux, de sociabilité de l'enfant ou compréhension des besoins, du comportement et du rythme de l'enfant.
De même, le sujet des interactions précoces, le lien affectif parent-enfant ou les signaux que donne le bébé sur les dysfonctionnements de lien sont très peu évoqués par les médecins.
Les médecins ont de bonnes connaissances des moyens à mettre en œuvre auprès des parents (écoute, conseils, questionnements…) mais très peu de médecins évoquent spontanément l'intérêt de l'enfant. Le soutien à la parentalité est vu dans un objectif d'aide aux parents, ce que les médecins parviennent à décrire aisément, mais sans son but final qui est de soutenir le développement précoce du nourrisson.

Notre étude a également mis en évidence que le travail en réseau est très peu développé par les médecins généralistes. Or, le soutien à la parentalité est chronophage, les médecins déplorent un manque de temps dans leur pratique courante. Augmenter la visibilité des nombreux dispositifs et personnes impliqués dans le soutien à la parentalité permettrait une meilleure collaboration avec le médecin généraliste, dont le travail est complémentaire.

Une modélisation des résultats de notre étude nous a permis de mettre en évidence trois profils de médecins différents :

- Le médecin fait le choix de ne pas s'impliquer dans le soutien à la parentalité ;
- Le médecin est très impliqué mais le manque de formation l'empêche d'utiliser tous les champs de la guidance parentale ;
- Le médecin est très impliqué et a de solides connaissances (acquises notamment en PMI), lui permettant d'utiliser le soutien à la parentalité comme un véritable outil de prévention primaire et secondaire pour soutenir le développement précoce du nourrisson.

Une perspective s'ouvre quant à la formation des médecins qui pourrait être étayée afin d'optimiser leur implication déjà importante et leur permettre de mieux percevoir un élément essentiel : la guidance parentale est, au-delà d'un moyen d'aider les parents, un réel outil pour soutenir le développement précoce du nourrisson et agir sur de petites difficultés dans les acquisitions qui peuvent avoir un impact important par la suite.

Les premiers mois de vie de l'enfant sont déterminants pour son développement, sa santé et sa vie future d'adulte. Chacune de ses expériences et ses moments de vie contribuent à sa construction en tant que sujet qui interagit avec le monde qui l'entoure. Comme d'autres professionnels, les médecins généralistes sont tout à fait compétents et impliqués pour soutenir le développement précoce des enfants. Ils exercent déjà une place importante qui pourrait être valorisée auprès des professionnels de santé eux-mêmes et des familles, ce qui permettrait certainement de renforcer cette formidable envie qu'ils ont de s'impliquer et de contribuer à l'avenir des adultes de demain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Houdé O. La psychologie de l'enfant. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015. 128p.

2. Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'OMS [Internet]. 1946. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1

3. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Ministère de la santé et des solidarités ; 2006 oct ; 950. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf

4. Dr Bohl I. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Santé de l'enfant et de l'adolescent prises en charge [Internet]. 2011 oct p. 98. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/santeenfantadolescent.pdf

5. OMS, Bureau Régional de l'Europe. Comité Régional de l'Europe, cinquante-troisième session: La santé des enfants et des adolescents dans la région européenne de l'OMS [Internet]. Vienne; 2003 sept p. 14.
Disponible sur:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/87787/RC53_fdoc11.pdf

6. Conseil de l'Europe. Comité des ministres. Recommandation du Comité des Ministres aux états membres relative aux politiques visant à soutenir une parentalité positive. 2006 déc p. 7.

7. Tubiana M. Santé mentale de l'enfant. Conclusions du rapport de l'Académie de Médecine. VST-vie sociale et traitements. Mars 2006;(91):116-43.

8. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

9. INSEE. Bilan démographique 2017 - Insee Première - 1683 [Internet]. 2018.
Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173 - titre-bloc-8

10. Centre de Recherche de l'UNICEF. Bilan INNOCENTI 14 « Construire l'avenir : les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches ». Florence; 2017 p. 55.

11. JORF n°55 du 6 mars 2007. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007 p. 4215. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100

12. Houzelle N, Rebillon M. Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité. Saint-Denis: INPES éd.; 2013. 192 p. (santé en action).

13. Santé Publique France. La santé en action : Accompagner le développement du jeune enfant. sept 2016;(437):8-41.

14. INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France − Bilan démographique 2017 [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926

15. CNAMTS. Point de conjoncture n°7 : La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans ; Novembre 2002 [Internet]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_conjoncture_07.pdf

16. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : Une typologie des consultations et visites. Etudes et résultats. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES);Aout 2007;(588):8. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf

17. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2017.

18. Code de la santé publique. Article R2132. Section examens obligatoires. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190395&cidTexte=LEGITEXT000006072665

19. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/nouveau-carnet-de-sante-de-l-enfant

20. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans. [Internet]. 2005 sept. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires

21. Guidetti M. Les étapes du développement psychologique. Armand Colin; 2002. 193 p.

22. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. European Journal of Epidemiology. sept 2013;28(9):721-34.
[Internet] : https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10654-013-9832-9.pdf

23. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. American Journal of Preventive Medicine. mai 1998;14(4):245-58. [Internet] https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf

24. OMS, Comité Régional de l'Europe. Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 [Internet]. 2014 p. 23.

25. Haut Conseil de la Santé Publique. Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique [Internet]. 2017.
Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626

26. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

27. Neyrand G. L'évolution des savoirs sur la parentalité. yapaka.be. :34. Disponible sur : http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-90-web.pdf

28. De Panafieu F.. Rapport du groupe de travail « Services à la famille et soutien à la parentalité » [Internet]. 2002. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_soutien_parentalitegroupe_travail2002.pdf

29. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 sept. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

30. Décret n° 2010-1308 du 2 novembre 2010 portant sur la création du Comité national de soutien à la parentalité. 2010-1308 nov 2, 2010.

31. Circulaire interministérielle DGCS/SD2C/DPJJ/SAD-JAV/DGESCO/SG-CIV/DAIC no 2012-63 du 7 février 2012 relative à la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité au plan départemental [Internet]. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-05/ste_20120005_0100_0092.pdf

32. Hamel MP. et Lemoine S.. Aider les parents à être parents [Internet]. Centre d'analyse stratégique; 2012 sept. Disponible sur:
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000489.pdf

33. Jacquey-Vazquez B., Raymond M., Sitruk P. Evaluation de la politique de soutien à la parentalité [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2013 févr. Disponible sur: http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_parentalite_tome1.pdf

34. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):p142-145.

35. Konaté MK, Sidibé A. Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [Internet]. http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/interview.php

36. Deschamps C. L'approche phénoménologique en recherche: Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine. In Montréal, Canada: Guérin Universitaire; 1993. p. p55-75.

37. INPES. Parents, enfants : les premiers ajustements. Fiche Action. [Internet]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3o.pdf

38. Miljkovitch R. La Santé de l'homme n° 400 - « Petite enfance et promotion de la santé » - L'attachement comme facteur essentiel de bon développement. 2009; Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/slh/articles/400/02.htm

39. Le Heuzey M.-F, Turberg-Romain C. Enquête Nutri-Bébé 2013 Partie 3. Comportement des mères et des jeunes lors de l'alimentation. Société française de pédiatrie, 2015.

40. Bournot MC,Goupil MC,Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etudes et résultats. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); août 2008:8. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf

41. Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et mode d'accueil. 2016 mai p. 35.

42. Caisse nationale des Allocations familiales Direction des statistiques, des études et de la recherche. Soutenir la parentalité : les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. mars 2018;4.

43. Ministère des solidarités et de la santé. Dessine-moi un parent : Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022. 2018 p. 61.

44. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité. l'e-ssentiel n°165. 2016;4.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide de l'entretien

Bonjour, je suis médecin remplaçant et je réalise une thèse pour comprendre le rôle du médecin généraliste dans la prévention précoce et l'accompagnement du développement global de l'enfant de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité.

Je vous rappelle que la retranscription de ce questionnaire est anonyme, il apparaîtra seulement votre sexe, votre âge, le nombre d'années d'installation ou de remplacement ainsi que vos conditions et lieu d'exercice.

1. Présentation du médecin généraliste :

1.1. Général :

Questionnement : Age, nombre d'années d'exercice : installation ou remplacement, conditions d'exercice (seul ou en groupe), lieu d'exercice (rural ou semi-rural, urbain).
Observation : Masculin/Féminin.

1.2. Patientèle pédiatrique :

- Pensez-vous avoir une part importante de consultations de nourrissons ?
  Si non, pourquoi ? Combien de consultations par semaine ?
- Quelle est la durée moyenne d'une consultation pour un nourrisson ? Et pour un adulte ?
- Effectuez-vous des consultations de suivi du développement des enfants de 0 à 2 ans, en dehors des pathologies aiguës ?
- Pour les consultations de suivi, à quel rythme voyez-vous les enfants ?

<u>Je vais poursuivre en vous expliquant l'émergence de ma thèse</u> :

On sait que les 3 premières années de vie sont capitales pour le développement de l'enfant. C'est à cette période que se développent le langage, la parole, l'appareil sensoriel ainsi que les fonctions cognitives supérieures. L'enfant a besoin, dès sa naissance, de la présence d'un adulte, attentif à ses besoins, avec lequel il développera un attachement sécurisé. Dès le début de la vie, la santé physique, mentale et sociale résulte des échanges de l'enfant avec son milieu de vie physique et social. C'est la qualité de l'interaction avec l'environnement, qui en grande partie, déterminera les possibilités futures d'expression de ces compétences.

Le rôle de l'environnement et des parents, en premier lieu, est donc capital. Or, l'exercice de la fonction parentale n'est pas toujours facile.

Depuis de nombreuses années, les politiques publiques ont fait de la santé de l'enfant une priorité absolue, de la prévention un axe majeur et le soutien à la parentalité s'est développé.

Les médecins généralistes étant fortement impliqués dans le suivi de l'enfant, le but de cette thèse est donc d'explorer le rôle du médecin généraliste dans le soutien à la parentalité.

2. <u>Exploration du rôle de soutien à la parentalité</u> :

2.1. Vision du soutien à la parentalité :

- Comment définissez-vous le soutien à la parentalité ?
- Pensez-vous que la guidance parentale peut s'inscrire dans la prévention primaire et secondaire ? Expliquez-moi.
- En tant que médecin généraliste, pensez-vous avoir un rôle en matière d'accompagnement et soutien à la parentalité ?
  Si oui : Expliquez-moi ce rôle ?
  Si non : Pourquoi estimez-vous que ce n'est pas votre rôle ? A qui est le rôle ?

2.2. Environnement de l'enfant :

a) Environnement psychosocial de l'enfant

- Lorsque l'on parle d'environnement psychosocial de l'enfant, à quoi cela fait-il référence pour vous ?
- Lorsque vous conseillez les parents sur le développement de leur enfant, prenez-vous en compte ces éléments ?
  Expliquez-moi comment cela modifie les conseils que vous leur donnez ?

b) Parentalité :

Dans l'environnement de l'enfant, en dehors du contexte social, des milieux de vie, on entend aussi la manière dont le parent interagit et s'occupe de son enfant.

- Quand vous recevez un enfant en consultation, cherchez-vous à savoir comment cet enfant est sollicité et stimulé ?
  Plus précisément, sur quels points interrogez-vous les parents ?
- Lorsque vous avez cet environnement en tête, cela modifie-t-il la manière dont vous interprétez l'examen du nourrisson ?
  Cette connaissance de l'environnement change-t-il les conseils que vous apportez aux parents ?
- Observez-vous la relation du parent avec son enfant lors de la consultation ? Si oui, à quoi êtes-vous attentif ?
- Pensez-vous avoir un rôle d'accompagnement des parents dans l'établissement du lien affectif avec leur enfant ? Si oui, lequel ?
- Si l'un des parents de l'enfant n'est pas présent lors des consultations, pensez-vous qu'il faille le solliciter pour le recevoir secondairement ?

2.3. Déterminants de l'implication du médecin généraliste :

- En dehors des consultations de pathologies aiguës, pour quels motifs les parents vous consultent-ils ?
  Quels sujets de préoccupations concernant leur nourrisson sont le plus souvent abordés par les parents ?
  Leur arrive-t-il de prendre rendez-vous uniquement pour demander des conseils ?
- Lors de l'examen physique du nourrisson, y a-t-il des éléments que vous recherchez systématiquement et qui vous indiquent qu'il y a particulièrement besoin de soutenir son développement ?
- Y a-t-il des éléments qui vous alertent chez les parents et qui vous indiquent qu'il faut renforcer le soutien parental ?
- Comment et à quel moment de la consultation auprès des 0-2 ans intervenez-vous pour apporter ces conseils aux parents ? (Interrogatoire, EC, fin de consultation)
- Pensez-vous qu'il faille partir des problèmes rencontrés par les parents pour apporter un soutien ou intervenez-vous même si le parent n'évoque pas de problème particulier ?
- Si le nourrisson vous semble avoir fait les acquisitions en rapport avec son âge, pensez-vous avoir un rôle de prévention et d'accompagnement du parent ?
  Si oui, expliquez-moi.
  Si non, pourquoi ?
- Si l'enfant présente un retard : comment le prenez-vous en charge ?

2.4. Liste de domaines :

Je vais vous proposer une liste de domaines dans lesquels on peut intervenir par de la guidance parentale, vous allez me dire si dans cette liste vous êtes amené à donner des conseils systématiques et quels conseils vous apportez aux parents :

- Motricité, tonus ;
- Langage ;
- Surexposition aux écrans ;
- Attachement/ lien parent-enfant ;
- Alimentation.

3. <u>Ressenti du médecin généraliste sur son rôle</u> :

- Ce rôle de soutien à la parentalité a-t-il de l'importance pour vous ?
  Oui, pourquoi ? Non, pourquoi ?
- Vous sentez-vous légitime pour donner des conseils aux parents ?
  Oui, pourquoi ? Non, pourquoi ?
- La place de médecin de famille peut être un avantage ou un inconvénient pour effectuer ce soutien, qu'en pensez-vous ?
- Êtes-vous à l'aise dans ce rôle ?
  Oui, pourquoi ? Non, pourquoi ?
- Quels freins et facilitateurs principaux identifiez-vous dans votre pratique courante ?
- Aimeriez-vous être plus impliqué sur le sujet ?
- Quel retour avez-vous des parents suite aux conseils que vous donnez ?

4. <u>Partenariat et Formation</u> :

- Faites-vous appel à d'autres professionnels pour appuyer le soutien à la parentalité ? Dans quelles circonstances ? Est-ce facile pour vous ?
- Quelle formation initiale avez-vous sur le soutien à la parentalité ? Quelle formation continue ? Pensez-vous être suffisamment formé et informé ?
- Quelles sont vos attentes pour vous permettre de vous impliquer plus facilement dans le soutien à la parentalité ?

5. <u>Conclusion de l'entretien</u> :

Au terme de cet entretien où vous avez pu me parler de ce que vous faites en consultation, si je vous repose une des premières questions : Quel est le rôle du médecin généraliste dans le soutien à la parentalité ? *Que me répondez-vous ?*

Je vous remercie de m'avoir accordé votre temps pour répondre aux questions. Fin de l'entretien.

Annexe 2 : Retranscription d'un entretien

Entretien numéro 12

Alors bonjour, je suis médecin remplaçant, je réalise une thèse pour comprendre le rôle du médecin généraliste dans la prévention précoce et l'accompagnement du développement global de l'enfant de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité.

Je vous rappelle que la retranscription de ce questionnaire est anonyme, il apparaîtra seulement votre sexe, votre âge, le nombre d'années d'installation ainsi que vos conditions et lieu d'exercice.

Quel âge avez-vous ?
Alors moi j'ai 30 ans.

Depuis combien d'années exercez-vous ?
Alors je suis remplaçante depuis juin 2013, mais j'ai fini mon internat en novembre 2014.

Est-ce que vous exercez seule ou en groupe ?
Eh ben du coup là je suis remplaçante mais je vais m'installer en collaboration donc on sera 2 dans le cabinet.

C'est plutôt un exercice rural, semi-rural ou urbain ?
Euh ici on peut dire semi-rural en fait, je pense ouais.

Est-ce que vous pensez avoir une part importante de consultations de nourrissons ?
Ah oui ! Ça c'est certain !

Combien de consultations par semaine à peu près ?
Euh, combien c'est une bonne question ! Faut que je réfléchisse 2 secondes mais euh, rien que sur une journée comme aujourd'hui, on est, on est à 30 ou 40%. Donc euh, du coup après on en voit une trentaine par jour, ouais c'est ça on en voit presque une petite dizaine par jour donc euh sur une semaine on pourrait dire 50 mais moi je suis pas à temps plein donc on va dire 25.

Quelle est la durée moyenne d'une consultation pour un nourrisson ?
Eh ben alors nous, on a, on a un planning internet donc en fait les gens quand ils prennent les consultations de suivi c'est 30 minutes et quand c'est consultation enfant-malade intercurrente c'est 15 minutes.

Et pour un adulte ?
15 minutes.

Est-ce que vous effectuez des consultations de suivi du développement ?
Ouais, du coup oui !

Et à quel rythme voyez-vous les enfants pour ce suivi ?
Et ben du coup on fait tous les mois les 6 premiers mois. Et si tout va bien après on les revoit au 9ème mois et puis après au 11ème mois, enfin sur le calendrier qui est, qui est fixé normalement par la sécu et après c'est vrai qu'on a quand même des petits qui ont certains soucis donc en fait qu'on revoit quasiment tous les mois la première année.

D'accord, du coup je vais un peu vous expliquer pourquoi j'ai fait cette thèse, parce qu'on sait que les 3 premières années de vie sont capitales pour le développement de l'enfant.
Que c'est à cette période que se développent le langage, la parole, l'appareil sensoriel ainsi que les fonctions cognitives supérieures. L'enfant a besoin dès sa naissance, de la présence d'un adulte, attentif à ses besoins, avec lequel il développera un attachement sécurisé. Le rôle de l'environnement et des parents en premier lieu, est capital. Or, l'exercice de la fonction parentale n'est pas toujours facile. Les médecins généralistes étant fortement impliqués dans le suivi de l'enfant, le but de cette thèse est d'explorer donc le rôle du médecin généraliste dans le soutien à la parentalité.
Comment est-ce que vous définissez le soutien à la parentalité ?
Euh comment je pourrais le définir, eh ben c'est je pense être là euh, pas pour, pas pour les pathologies mais être là pour répondre aux questions qui peuvent paraître un petit peu bêtes mais c'est vrai que maintenant on a beaucoup de familles qui sont éclatées et y a plus trop la transmission de grand-mère à mère etc. Et en fait y a beaucoup de mamans qui sont un petit peu démunies, qui ont les enfants un peu tard et qui oublient un peu ce côté euh, spontané qu'on pourrait avoir avec les enfants, sur être attentif à des signes donc je pense que nous on intervient là-dedans, ce qui peut être un petit peu dérangeant parce que c'est pas vraiment de la thérapeutique entre guillemets mais euh, mais je pense que c'est ça.

Est-ce que vous pensez que la guidance parentale s'inscrit dans la prévention primaire et secondaire ?

Ah oui ! Oui, je suis assez persuadée que c'est hyper important !

Oui, dans quel sens ?

Ben parce que euh, ben parce qu'après c'est eux qui vont, ben c'est eux qui les inscrivent à l'école c'est eux qui les éduquent euh, nous on est là pour juste les accompagner mais comme les maîtresses comme tous les gens qui vont intervenir dans la vie de l'enfant et nous on a, ben on a l'avantage d'avoir un bagage scientifique etc. Donc je pense qu'on intervient là-dedans euh ben pour éviter euh les problèmes et puis après ce qui est parfois plus dur finalement de les éviter, c'est d'arriver à s'apercevoir quand y a des situations un peu plus délicates. Mais je pense que, effectivement, moi je me, sur ça alors, pour le suivi des otites tout ça on est médecin d'accord mais moi je me mets un peu au même niveau que la maîtresse, que le psychologue scolaire, que machin, j'estime qu'on est à peu près au même niveau sur ce cadre-là.

Ouais et du coup en tant que médecin généraliste, pensez-vous avoir un rôle en matière d'accompagnement et soutien à la parentalité ?

Oui, je pense que oui, même si parfois je suis un peu euh, pas forcément à l'aise mais je pense que oui (rires).

Et est-ce que vous pouvez m'expliquer ce rôle ?

Et ben euh, je pense que c'est euh ben déjà euh laisser la, la parole aux parents, parce que c'est vrai que quand on est en consult on a nos temps machin, on est toujours en train de dire plein de choses et je me suis quand même aperçu avec le temps que finalement les laisser euh, les laisser parler c'était parfois la meilleure des solutions. Être quand même disponible, c'est vrai que le suivi de l'enfant ce qui est un peu difficile c'est que, faut être là souvent, parfois les revoir 2 fois dans la même semaine, 3 fois dans la même semaine, mais euh donc du coup euh, du coup je pense que c'est ça. Euh, savoir aussi botter en touche, quand parfois y a des questions où on sait pas répondre ben je pense qu'il faut savoir assumer. Moi j'ai, ça m'arrive d'appeler la sage-femme ou des pédiatres avec qui on travaille, euh ou la PMI ou, euh parce que bon y a des questions des fois qui, qui me paraissent un petit peu, voilà, incongrues. Ou je regarde quand le patient est pas là et je les rappelle donc ça je pense que c'est important. C'est aussi les rassurer sur le fait qu'en fait c'est normal. C'est chiant, c'est fatigant, c'est épuisant mais c'est normal.

Eux, ils, ils ont besoin de savoir que, ils font pas de mal à leur bébé, qu'ils font, ben qu'ils sont de bons parents et c'est souvent le cas donc euh du coup je pense que le soutien il est aussi là, leur dire ben oui, oui ça va très bien. Donc euh voilà. Et euh, ça, ça, ça, et ça , et puis aussi euh, alors moi je le fais quand même c'est quand on voit, nous on fait pas le suivi de grossesse mais on a quand même pas mal de patientes enceintes et puis parfois de parler un peu déjà, en amont de, ben comment elles ont envisagé les choses, si y a un papa, si y a pas de papa, parce que souvent le problème est qu'on voit pas le papa, donc euh, lui aussi il intervient quand même hein dans l'éducation de l'enfant et euh, donc du coup euh c'est à ce moment-là quand la maman elle a encore le temps , qu'elle est pas trop stressée euh, par les biberons, les doses, et tout de, je trouve que c'est un bon moment pour en parler, donc euh voilà.

Et lorsqu'on parle d'environnement psychosocial de l'enfant, à quoi ça vous fait penser ?
Alors donc ben ça me fait penser ben déjà à ses parents, ça me fait penser à l'appartement dans lequel il vit et aussi à tous les adultes qui peuvent intervenir euh ben dans, ben dans sa vie donc euh les grands-parents, cousins, cousines. Y a aussi le mode de garde et euh, et puis voilà et puis après oui l'environnement vraiment la maison dans laquelle il vit, sa chambre, euh comment c'est chauffé euh enfin voilà comment c'est aéré euh et euh voilà je pense ça.

Et du coup quand vous conseillez les parents sur le développement de leurs enfants, est-ce que vous prenez en compte ces éléments ?
Euh oui, oh oui assez régulièrement je demande qui c'est, enfin en tout cas j'essaie de pas être trop intrusive, parce qu'il faut quand même faire attention mais je leur demande qui est-ce qui en tout cas participe euh dans la vie de l'enfant. Qu'est-ce, qui est-ce que l'enfant voit le plus, parce que finalement si, il passe 10 heures chez la nounou euh, 5 jours par semaine c'est quand même elle qui le voit au final le plus. Donc euh pour les infections, tout ça il faut voir comment est, comment est l'appart etc. et euh, et euh après selon ce qu'ils me disent, euh, ben euh après on voit en fonction de.

Est-ce que ça modifie les conseils que vous pouvez leur donner ?
Ah ben oui, quand par exemple ils sont gardés que par mamie euh, que mamie euh est d'une certaine origine culturelle ben et que le poids est un peu élevé on sait que ben voilà il va falloir un peu gentiment leur dire qu'il faut faire quand même gaffe que, mamie est peut-être de bons conseils mais que la science a montré certaines choses et voilà donc je pense que si c'est quand même important.

Et donc dans l'environnement de l'enfant, en dehors du contexte social, quand vous recevez un enfant en consultation, est-ce que vous cherchez à savoir comment il est sollicité et stimulé ?
Ah oui, oui ! Moi je demande, c'est ça, est-ce que, ils ont un tapis d'éveil, est-ce qu'il va devant l'écran parce que ça c'est un gros problème d'aujourd'hui, et pas forcément la télé mais les petits écrans et d'ailleurs quand ils lui donnent le téléphone euh pendant la consult ben j'en profite pour insister.

C'est le moment…
Ah ben oui je me dis si, il lui donne pendant la consult il doit lui donner autrement. La, la tétine, le pouce euh le, le, les rythmes de sommeil, ouais tout ça quoi !

Et quand vous avez cet environnement en tête est-ce que ça peut modifier la manière dont vous allez interpréter l'examen du nourrisson ?
Je pense que si ! Mais peut-être pas consciemment par contre. Mais je pense qu'inconsciemment euh oui, oui ça, ça doit, ça doit, euh quand je sais que, parce que moi en plus j'habite dans le village où je travaille, donc euh je vois aussi hein les gens sur la place du village etc. Alors oui forcément je pense que ça, même si j'essaie quand même de voir l'enfant, ben j'essaie de le voir en lui-même mais malheureusement on est pas, on peut pas faire euh….

Abstraction ?
Faire abstraction de tout ça donc oui, oui c'est sûr que si je pense !

Et est-ce que vous observez la relation du parent avec son enfant lors de la consultation ?
Ah oui ! oui, oui !

Oui et sur quels points est-ce que vous êtes attentive ?
Eh ben euh, ben déjà euh, comment euh, comment on va, comment ils communiquent, comment ils le sortent de la poussette, comment ils le posent, comment ils le déshabillent euh, que, et puis souvent euh les enfants ils pleurent hein pendant les examens ça c'est clair mais on voit qu'y a quand même des parents qui sont quand même euh, plus habiles euh pour les calmer même si l'enfant pleure ou qu'il se, ils se déstabilisent moins. Y a des parents dès que l'enfant pleure c'est un peu le drame absolu donc on se doute qu'à la maison ça doit être un peu délicat de gérer, donc si, si effectivement et puis surtout moi j'aime bien pour les visites de suivi c'est pour ça que je m'adapte pour les horaires, j'aime bien qu'ils viennent avec, les 2 parents, au moins au début.

Parce que voir, comment le papa, enfin qu'est-ce que fait le papa, qu'est-ce que la maman laisse faire au papa, parce qu'il y a ça aussi, des mamans qui sont un petit peu, qui leur laissent pas faire grand-chose donc justement pour profiter de dire ah mais si…

Du coup vous sollicitez un parent quand il n'est pas présent ?
Ouais ben je leur demande ouais si y a les horaires, parce qu'après je sais bien les papas travaillent souvent plus que les mamans mais si on peut s'adapter au moins au premier mois pour que les habitudes se prennent ouais on essaie ! Après, les parents ils font ce qu'ils veulent.

Et du coup est-ce que vous pensez avoir un rôle d'accompagnement des parents dans l'établissement du lien affectif avec leur enfant ?
Euh j'espère que oui ! (rires) Mais euh, voilà j'ai peu d'expérience donc je ne suis pas certaine. Mais euh, mais j'espère que oui même si voilà comme je disais je pense que, au même titre que la sage-femme qui les voit au début, parce que nous on est vachement en relation avec la sage-femme du village qui les voit ben normalement le premier mois et qui nous les adresse que si euh, pépin, je pense que voilà pas plus qu'un autre mais oui je pense qu'on met tous notre petit grain de sel pour que l'attachement se fasse au mieux, parce qu'on sait quand même que les 3 premiers mois euh, les trois premières années sont importantes mais les 3 premiers mois c'est, quand même hyper utile pour la suite donc ouais.

En dehors des consultations de pathologies aiguës, pour quels motifs les parents vous consultent-ils le plus souvent ?
Euh, alors ah le grand classique c'est parce qu'ils pleurent, ils pleurent, ils ont mal donc ils ont des reflux, des coliques, ils ont tous des reflux de principe hein c'est la grande, la grande joie des laits épaissis, des machins donc ouais souvent c'est pour le lait, adapter le lait, parce qu'il a mal, ils sont inquiets parce qu'il pleure et que du coup ils sont inquiets. Donc c'est souvent pour ça !

C'est ça le, leur sujet de préoccupation premier ?
Ah ouais pour les mamans qui n'allaitent pas, parce que pour les mamans qui allaitent souvent euh c'est la mise en route de l'allaitement, vérifier qu'elles leur donnent assez parce que tout le monde compte à côté d'elles et que, elles, elles ne comptent pas. Donc pour les mamans qui allaitent c'est plus vérifier le poids, vérifier que l'allaitement se passe, se met bien en route et qu'elles font bien les choses, ce qui est souvent le cas. C'est plus pour les mamans qui n'allaitent pas voilà c'est trouver le bon lait, euh, euh, les rassurer quant au fait que c'est normal qu'un bébé reflue. Et que, il grandit bien, que machin. Mais c'est souvent ça, très souvent !

Et du coup, ils leur arrivent de prendre rendez-vous que pour demander des conseils ?
Oui ! Parce que nous on leur propose aussi. Je pense que c'est ça aussi. Après souvent quand on les voit pour la première fois, moi je leur dis mais n'hésitez pas d'appeler, de revenir même si c'est que pour des questions, euh c'est toujours mieux comme je leur dis que j'ai que 5 minutes au téléphone pour leur répondre donc ouais si, si quand même fréquemment ! Surtout au début hein ! Un peu moins après mais je pense au tout début.

Et lorsque vous examinez physiquement le nourrisson est-ce qu'il y a des éléments que vous recherchez systématiquement et qui vous indiquent qu'il y a particulièrement besoin de soutenir les parents ?
Alors moi après, euh, maintenant j'ai un peu mes petites habitudes. Mais je, j'ai pediadoc, moi je fais toujours avec pediadoc même si euh à force je sais mais au moins ça me permet de pas, de pas oublier des choses mais euh, mais euh je vérifie quand même ben surtout ouais la tonicité de l'enfant, son interaction avec moi qui ne me connaît pas , je suis l'étrangère et euh ils sont censés quand même être, réagir donc c'est plus si l'enfant soit, pleure vraiment trop ou ne réagit pas trop avec moi qui suis une étrangère, qui ai pas la même voix que sa maman etc. Euh, nous on a des petits jeux donc du coup on le fait jouer, je leur fais attraper des choses etc. et euh puis on a de la musique dans le cabinet donc je monte un peu le son enfin voilà, voir un petit peu leurs réactions par rapport aux stimuli du quotidien. Voilà c'est un peu ma manière de, j'insiste beaucoup plus, alors c'est sûr que je, j'écoute le cœur tout ça mais enfin globalement euh, écouter le cœur tous les mois on se doute bien que, y a pas une cardiopathie qui va sortir de derrière les fagots mais c'est plus ouais sur la tonicité, le, ben la succion ouais voilà tous ces réflexes un peu, qui montrent un peu les troubles du comportement souvent.

Et est-ce qu'il y a des éléments qui vous alertent chez les parents ? Et qui vont vous indiquer qu'il faut particulièrement soutenir ces parents ?
Ah ben oui ! Ben selon déjà parce que moi souvent on suit quand même les mamans pendant la grossesse. Comment la grossesse s'est passée, comment elles étaient pendant la grossesse, si elles étaient déjà hyper inquiètes etc. euh ça c'est une chose. Euh on a quand même ici aussi euh, des, ben des mamans solos donc c'est vrai que pas parce qu'elles sont plus fragiles mais parce que c'est quand même plus compliqué de se débrouiller seule avec un enfant. Ya ça ! euh, le fait que le papa soit pendant la consult hyper absent et très euh, y a des papas qui sont hyper euh, comment dirai-je, euh, très autoritaires sur leurs femmes, qui donnent vachement d'ordres alors euh, bon peut-être que ça veut rien dire mais moi ça me, ça me titille souvent.

Parce que je me dis voilà quel va être son réflexe quand le bébé pleure à 3h du mat euh, des, ouais on sent des parents qui sont un peu, qui sont vite intolérants à la frustration etc. Donc ces parents-là, c'est vrai que je serai plus attentive et après aussi si y a de la fratrie ! Parce qu'on suit quand même des 3ème, 4ème ou si c'est des jumeaux, enfin tout ce qui peut un peu déséquilibrer euh les fratries. Et si dans la fratrie y a des enfants qui ont des pathologies, nous on a pas mal d'enfants qui ont des TDAH donc qui sont un petit peu difficile à gérer, je serai un petit peu plus attentive sur le bébé, sur le fait que le bébé a tout ce dont il a besoin. Euh, du coup voilà c'est ces situations-là, enfin en tout cas qui se présentent le plus dans mon village hein mais euh voilà.

Et à quel moment de la consultation vous apportez des conseils ?
Ah moi c'est au début hein ! Ouais, jamais, surtout quand c'est des consult de suivi euh, classique, moi quand ils arrivent voilà je leur dis, de toute façon je leur demande d'un coup à l'autre de me noter les choses et euh, je leur dis déjà voilà, déjà est-ce que vous, vous avez des choses à me dire par rapport à votre enfant, par rapport au dernier mois ? Voilà et après si ils ont rien à me dire, parce que bon parfois y en a il faut vraiment leur tirer les vers du nez, ben au fur et à mesure on regarde les choses. Ah il bouge bien les jambes ? vous le faites bouger ? machin, machin et voilà. Mais j'essaie toujours de les laisser parler au début. Parce que déjà à la fin, ça me, ça me tue parce que si y a des trucs bien c'est un peu dommage et puis moi, pendant ce temps j'ai aussi mon pediadoc du mois en cours donc comme ça je me, je, je vois si, ou j'en suis moi aussi et euh et puis voilà.

Est-ce que vous pensez qu'il faut partir des problèmes rencontrés par les parents pour apporter un soutien ou est-ce que vous intervenez même si le parent n'évoque pas de problème particulier ?
Eh ben en gros si le parent pose, me parle de problèmes ben bien sûr on parle de ça. Mais justement comme je le disais tout à l'heure quand j'ai des parents qui ont peu de questions, euh ils ont quand même besoin que j'insiste sur des points du développement qu'on connaît à tel ou tel mois. Euh, pour voir un peu, ben, c'est peut-être déjà arrivé avec leur enfant et puis ben ça les a pas surpris ou ils ont réagi correctement mais au moins je vérifie que, ils aient bien réagi et puis que l'enfant ait quand même des, des moments euh, les enfants trop sages par exemple, tout ça c'est toujours un peu étonnant. Euh les enfants à 9 mois ils doivent commencer à pleurer, à pas m'aimer pendant la consultation, et euh voilà j'essaie d'être attentive à ça ! Après euh, y a des parents qui restent quand même euh, malheureusement, peu éloquents là-dessus donc on essaie de voir à chaque fois si ça va bien, après ils me les ramènent en consult tous les mois ce qui est déjà pas mal.

Et voilà mais, euh, mais c'est vrai que même quand ils ont pas de problème, ouais j'aime bien discuter avec eux, ah ben oui vous allez aller à la crèche, alors vous savez à la crèche ils attrapent, sont malades enfin voilà et d'anticiper un peu les choses.

Faire de la prévention…
Ouais voilà moi j'aime bien ça quand même !

Et si le nourrisson vous semble avoir fait les acquisitions en rapport avec son âge, est-ce que vous pensez quand même avoir un rôle d'accompagnement du parent ?
Ben oui je pense ! Je pense quand même, oui, oui je pense que même si l'enfant va bien, euh, le parent peut aussi ne pas aller bien. Enfin c'est vrai, hein, de, de pas se sentir à l'aise avec cet enfant etc. Je pense que oui c'est pour ça que, voilà moi je, je, j'insiste toujours, je fais ah ben oui il tient bien assis mais du coup euh et à la maison vous avez tout mis en hauteur ? Enfin voilà parce que c'est le moment pour les accidents domestiques euh, donc je pense que voilà même un enfant qui va bien, potentiellement il peut quand même avoir des soucis puis même si il a pas de souci ben on est là pour les accompagner quand même dans la vie, tant mieux hein si ils vont bien c'est chouette mais euh faut que ça continue donc voilà.

Et si l'enfant présente un retard, comment est-ce que vous le prenez en charge ?
Alors bon du coup déjà, euh ce que je propose aux parents souvent c'est de les revoir peu de temps après, parce que bon souvent y a parfois un peu de retard mais qui est rien de bien méchant. Donc pour éviter de les alarmer, de les inquiéter, de, de partir voilà sur, je botte un peu en touche je les revois ! Sauf si c'est vraiment très grave, mais ça, ça m'est jamais arrivé. Euh et tant mieux, mais souvent je botte un peu en touche je leur dis on fait ça, je leur recommande quelques exercices, style pour quand c'est la marche, les hanches, voilà. Et moi si vraiment j'ai un doute ou je ne suis pas à l'aise, ben du coup je vais demander l'avis à un collègue, pendant ce temps, parce que pour pas non plus faire perdre de temps aux parents. Si vraiment on me dit que c'est urgent, qu'il faut que je l'envoie ben au moins je les vois à la prochaine et j'ai quelque chose à leur dire. Et si je suis pas inquiète, je les revois et on voit, je leur dis ben vous voyez, par rapport aux enfants de leur âge, de, de son âge, c'est vrai qu'il y a un petit retard donc je ne suis pas inquiète mais je pense qu'il va falloir travailler sur certains points et que vous soyez attentifs pour me dire si vous voyez que même si l'évolution est lente, il évolue quand même ou si il régresse tout ça, alors vous m'appelez et dans ce cas-là alors on appellera le CHU quoi voilà.

Pour les spécialistes, c'est vers l'hôpital souvent que vous adressez ?
Ben oui globalement ! Alors après à Mauguio, y a un, y a un médecin généraliste qui fait vraiment que de la pédiatrie, qui a été beaucoup plus formé que, donc quand c'est sur des petites choses je lui envoie un mail et parfois elle me, elle me dit mais si vraiment euh, voilà y a des troubles particuliers voilà j'envoie là ou à l'institut Saint-Pierre euh à Palavas parce qu'en terme géographique c'est ce qu'il y a de mieux, ben je préfère ouais. Pour ça je préfère.

Et là je vais vous proposer une liste de domaines, dans lesquels on peut intervenir par de la guidance parentale et vous allez me dire si dans cette liste vous êtes amenée à donner des conseils et quels conseils.

D'acc !

Donc concernant la motricité et le tonus ?
Ouais ! Euh oui on peut donner des conseils euh, ben déjà d'éviter euh, éviter tout ce qui est transat etc. Euh stimuler les enfants à plat ventre, qu'on ait pas peur de les mettre à plat ventre, ils vont pas mourir à plat ventre éveillé, parce que ça c'est un gros problème. Voilà leur donner des jouets simples euh stimuler etc. Éviter les, éviter de les mettre dans un transat devant la télé et aussi du coup le dire à la nounou parce qu'y a quand même beaucoup de nounous qui les mettent dans le trotteur, dans le transat et donc du coup c'est un problème.

Et concernant le langage ?
Concernant le langage, ben moi du coup, ça si aussi on leur dit, surtout alors les enfants qui parlent bien y a pas de problème mais ceux dont les parents sont un peu inquiets euh, de les amener à la médiathèque, ici, leur lire des livres et euh aussi parfois pour les enfants qui sont un peu en retard, faire un peu de signes, parce que souvent ça, ça débloque un peu les choses et voilà. Et après nous on a beaucoup de gens qui sont bilingues ici, qui parlent français et espagnol donc c'est vrai que souvent les enfants ils ont un peu moins de, de vocabulaire mais en fait ils ont du vocabulaire dans les 2 langues donc euh les rassurer à ce sujet et surtout leur dire d'éviter de mélanger eux-mêmes quand ils parlent à leurs enfants, parce que sinon c'est le bazar, donc surtout ça globalement.

Et donc concernant la surexposition aux écrans, on en a un peu parlé ?

Ah ouais, ouais, ouais moi je suis un peu, je suis rigide de ça et euh, euh ben ouais moi je leur explique de toute façon. Je leur donne aussi des sites, certains sites hein pour que, c'est pas que moi qui leur dis que c'est pas bien, et euh, et que, la télé souvent ils en ont vraiment conscience parce que ça prend de la place, parce que machin mais alors les petits écrans comme eux-mêmes sont tout le temps dessus voilà. Moi je leur conseille souvent de, ben de faire tous les messages et les textos pendant que le bébé fait la sieste, les bébés ils dorment quand même parfois 3h l'après-midi, ils se couchent tôt le soir, euh de poser les écrans sur des, sur des endroits assez haut comme si c'était des médicaments à vrai dire. Et de, et en tout cas, alors ce qui est toujours compliqué c'est quand y a des ainés, donc en tout cas si parfois ça arrive que l'enfant regarde une vidéo avec un grand frère, qu'il y ait toujours un adulte pour commenter l'image et euh, et expliquer euh ce qu'il voit. Voilà mais euh, je sais que parfois c'est sûr quand y a 3 enfants c'est hyper compliqué de leur dire zéro, mais en tout cas de faire des trucs adaptés à l'enfant, de pas le laisser entre les mains de l'enfant, parce que moi ce qui me tue c'est voilà quand euh, l'enfant manipule déjà à 2 ans. Ben à 2 ans il doit manipuler des crayons, de la pâte à modeler mais pas des écrans !

Et concernant l'attachement, le lien parents-enfant, est-ce qu'il y a des conseils que vous donnez particulièrement aux parents ?

Oui ! Ben de les porter quand ils sont bébés, de pas les laisser pleurer des heures, que ça fait pas des enfants, contrairement à ce qu'on dit, euh capricieux. Qu'un bébé il sait pas s'exprimer autrement que par le pleur, donc euh si, il a besoin d'être porté je, ben, le porte-bébé etc. de ce portage-là. Et que, ouais moi je leur dis plus un enfant se sent en sécurité, plus vous le portez, plus vous le rassurez, vous lui expliquez les choses, plus après vous pourrez le laisser faire sa petite vie euh, tranquille. Donc moi j'insiste sur le portage quand ils sont tout petits ! Euh voilà, que, après y a des parents qui veulent les laisser en chambre dormir, d'autres pas, bon ça à la rigueur mais en tout cas quand ça pleure, euh faut aller voir ce qui se passe.

Et concernant l'alimentation ?

Ah oui, alors ça c'est un autre pan ! Alors euh, du coup, euh, alors, y a aussi mon expérience personnelle qui parle parce que moi je suis jeune maman, j'ai allaité ma fille donc c'est vrai que pour l'allaitement je suis assez au taquet. Les biberons, pfff, c'est toujours un peu compliqué pour moi parce qu'alors avec tous ces laits, tout ça, quand on regarde les compositions, les laits sont pas si différents donc au final je me dis on se prend la tête euh, pour pas grand-chose. Donc c'est, c'est pas que je sois mal à l'aise mais c'est je me dis bon, pff, c'est un coté qui me, qui me gave un peu le biberon.

Par contre la diversification alimentaire, j'aime beaucoup, mais j'ex, j'explique souvent aux parents que c'est aussi de l'éducation, ça fait partie de ben de comme on lit un livre, comme on joue avec eux, ben le moment du repas ça doit être avant tout ça, notamment au tout début quand on diversifie, c'est pas juste je finis un petit pot, je regarde combien j'ai donné euh voilà. Nous on les pèse, on vérifie qu'ils prennent bien du poids, tout va bien mais euh, mais euh je favorise quand même alors c'est important qu'ils aient une quantité qu'ils mangent mais que les enfants euh manipulent les fruits et légumes. Que les parents les, les regardent, enfin que les enfants les regardent faire la cuisine, euh, ce genre de choses. Ça c'est vrai que pour moi l'alimentation c'est hyper important ! Au-delà de oui ben les écrans, le langage, mais je pense que, l'alimentation ça y joue beaucoup parce que, on montre les légumes, on montre les couleurs, on montre les textures, on peut faire lécher des pommes avec la peau, euh ils vont pas s'étouffer ils ont pas besoin de manger tout lisse et tout mixé. Donc euh, voilà, enfin le, la fameuse diversification euh, autonome là, qu'ils appellent, alors tout en donnant des conseils, c'est pas pour ça que à 6 mois il faut qu'ils aient un bout de pain dans la bouche parce que au contraire c'est hyper dangereux, mais par contre leur faire manipuler une pomme euh, sans la peau, ils lèchent, ils râpent avec les petites dents qu'ils ont et au final voilà. Rassurer les parents que les enfants qui n'ont pas de dents, ça n'empêche pas de manger à priori, et que, ils arrivent bien à mâcher avec leurs gencives. Et euh, ça l'alimentation ouais j'insiste bien parce que souvent au début les parents ils sont hyper stricts, ils sont hyper avec les petits pots, ils calculent et alors quand les gosses ils ont 1 an, au premier anniversaire, là ça part en vrille euh, les gâteaux, les bonbons euh les sucreries, les boissons sucrées. Euh, ça parait plus normal, ils sont moins inquiets parce que l'enfant il est plus bébé, sauf que l'enfant est bébé, donc moi j'insiste quand même sur les protéines, je reste rigide sur les apports protéiques limités, sur les boissons et les gâteaux parce que, ils peuvent manger un fruit et un yaourt et c'est très bien comme ça.

Alors on va passer maintenant à votre ressenti, est-ce que ce rôle de soutien à la parentalité a de l'importance pour vous ?

Oui, oui, oui je pense que c'est important ! Je trouve que ça fait partie du médecin de famille entre guillemets et euh ça fait partie des choses que, pour lesquelles j'aime bien faire mon travail quand même.

Vous vous sentez légitime pour donner des conseils aux parents ?

Plus maintenant ! Moins au début ! Moins au début de, de, ben j'ai fait un stage moi, mon stage de pédiatrie je l'ai fait en PMI donc ça c'était déjà chouette parce qu'au final à l'hôpital on voit surtout des grosses pathologies que nous on voit jamais ici. Donc c'était bien de voir des enfants normaux et euh de faire des suivis de, d'enfants dans des situations sociales un peu délicates. Mais je trouve que l'expérience euh, est hyper utile pour ça, pourquoi, parce que finalement, euh j'ai dû faire des petites erreurs dans mon suivi, jamais de grosses mais des petites et quand je revois les parents je me dis ah oui finalement ça c'était les dents, finalement à 1 mois la plagio s'est corrigée, ah ouais donc au final ça, ça va, ça, ça, ça va, je pense que j'arrive mieux à les accompagner, à les suivre et euh je sais que ça fait pas tout mais depuis que je suis maman je pense que ça m'aide aussi un peu. Mais voilà c'est comme ça hein, euh je sais ben les médecins qui sont pas parents sont très bons médecins c'est pas ce que je veux dire mais ça m'a quand même aidé à certaines choses parce que moi aussi j'ai galéré, moi aussi ma fille elle a pleuré et donc euh, effectivement euh les conseils qu'on donne aux autres on se les reprend un peu dans la figure donc c'est bien aussi.

Et vous êtes à l'aise dans ce rôle ?

Maintenant ouais ! Maintenant ouais et puis j'aime bien ça franchement hein, franchement c'est chouette, ça prend vachement de temps, c'est hyper épuisant mais euh, euh mais c'est sympa aussi parce que c'est souvent quand même des enfants qui vont bien. Faut être franc hein, on a quand même peu d'enfants qui vont pas bien et euh, ben du coup c'est vachement euh, ben c'est positif parce qu'on les voit évoluer, grandir, c'est pas comme quand je vais à la maison de retraite où globalement je me dis on les aide mais c'est pour euh, c'est pour une issue un peu moins sympa. Là après on voit quand ils vont à l'école, ils nous voient dans la rue, on voit qu'ils arrivent à parler, à lire, à marcher et c'est, ben c'est quand même euh pour ça qu'on fait des enfants quand même.

La place du médecin de famille, ça peut être un avantage ou un inconvénient pour faire ce soutien, qu'est-ce que vous en pensez ?

Oui ! Je pense que ça peut, alors ça peut être un avantage, je pense que c'est bien d'être médecin et ça c'est chouette mais si ça peut être un inconvénient, parce que quand même euh parfois on voit les frères et sœurs on se dit voilà, c'est un 4ème elle va gérer, elle, elle gère toujours elle va gérer sauf qu'en fait elle, elle gère pas et puis qu'elle nous le dit jamais, voilà. Euh que parfois ben oui on sait que les parents ils sont un peu limite, ils fument un peu du cannabis mais qu'au final ils s'occupent très bien de leur fille parce qu'ils fument jamais quand elle est là, ils prennent jamais la voiture et que et que, qu'on peut avoir des aprioris négatifs.

Donc je pense que, bien sûr que c'est positif d'être médecin de famille, on connaît bien les enfants on les suit et tout ça mais ça c'est le côté un peu normal mais par contre je pense qu'il faut être méfiant de ce que ça peut nous apporter de négatif. Surtout ça.

Quels freins identifiez-vous dans votre pratique pour effectuer du soutien à la parentalité ?
Ah le temps ! Ouais ben là, c'est la période estivale donc y a moins de pathologies saisonnières, donc on a plus de temps mais alors l'hiver, quand les plannings sont pleins, quand on a la consult de demi-heure, qu'on a déjà pris du retard, que les parents ils ont tout plein de questions, c'est vrai qu'y a des fois j'avoue que, ouais c'est ça qui peut être un peu compliqué parce que, parce que voilà c'est des moments, des consult où malheureusement il faut prendre du temps ! On ne peut pas faire ça en 5 minutes c'est, c'est pas possible quoi ! Et pendant nos études etc. je pense qu'on devrait plus insister sur le suivi de l'enfant normal. Et euh sur des trucs un peu bêtes en fait, en fait c'est ça qui me manque, c'est d'apprendre les trucs bêtes. Donc voilà.

Et les facilitateurs ? Pour faire du soutien à la parentalité ?
Eh ben je pense que c'est euh, la fait que nous, euh, on a beaucoup de patientèle de jeunes enfants, que souvent on voit déjà les mamans pendant la grossesse donc je pense que , si on se débrouille pour un petit peu en amont, anticiper un peu les choses, déjà discuter du couchage de, de ce qu'elles ont acheté pour l'enfant et tout ça euh, je pense que ça peut, enfin nous faire gagner du temps c'est pas que je veux gagner du temps à tout prix mais ça peut faire gagner quand même des consults un peu inutiles au final. Donc je pense que ça, ça peut être facilitateur et puis euh s'imposer que c'est des consults d'une demi-heure et pas finalement dire à la secrétaire de rajouter avant, après parce qu'on sait que c'est une demi-heure on a un peu plus de temps. Je pense qu'il faut aussi que nous, si on veut, on veut faire du suivi sinon il faut pas en faire quoi.
Si on veut faire du suivi, hors juste les vacciner machin tout ça, ce qui est quand même notre rôle en tant que médecin, euh si on veut vraiment faire du soutien ben il faut s'accorder ce temps-là aussi, si on peut plus ben c'est pas grave hein mais il faut l'assumer quoi.

Est-ce que vous aimeriez être plus impliquée que ce que vous êtes déjà ?
Oh non je pense ça suffit parce que moi j'aime bien faire de la médecine gé donc j'aime bien voir de tout. Je veux pas voir que des enfants non plus parce que sinon je vais perdre tout ce que je sais faire ailleurs. Je pense que ça me suffit, après euh, je pense que si, par contre, ce qu'on pourrait être un peu plus impliqué c'est avec la crèche ici, le, le dialogue avec le médecin est pas forcément souvent évident ou en tout cas, pas forcément si fluide que ce qu'il faudrait qu'il soit, donc je pense que ça, ça pourrait être des choses qu'on pourrait améliorer.

Parce qu'on a quand même beaucoup de gosses qui sont à la crèche nous, mais après par exemple avec la sage-femme on communique très bien et ça c'est hyper bien, parce qu'elle nous les envoie précocement voilà. Donc ça c'est, c'est vraiment bien ! Et même pour moi, parce qu'elle va me les peser à la maison parfois donc ça, on s'arrange un peu. Du coup ça je trouve ça bien, avec la PMI on les a facilement au téléphone donc ça c'est chouette. Ouais donc c'est peut-être avec ouais et puis parfois avec le CHU j'avoue, alors je sais qu'ils sont un peu surchargés, je les comprends mais il faut savoir que nous aussi comme on a pas forcément d'expérience, qu'on voit des trucs un peu bizarres, quand on nous dit la consult est dans 3 mois, un peu pour les parents, enfin c'est un peu, c'est compliqué, à la fois c'est pas urgent, ça demande pas de consulter aux urgences mais c'est un peu compliqué. Donc parfois, d'avoir des petits conseils, de nous dire que, en tout cas ça peut attendre ou ça, ça peut pas attendre, parce que moi y a des fois c'est un peu ça. J'ai un peu de mal à me dire euh, ouais elle, elle a la jambe un peu molle mais à la fois elle évolue bien, y a pas d'antécédent dans la famille, est-ce que je me permets d'attendre parce que les enfants on sait que perdre du temps parfois c'est hyper important aussi donc euh, moi je veux pas me louper là-dessus donc c'est plus pour ça.
Alors est-ce qu'après avec le temps je le percevrais moins je ne sais pas mais je pense que c'est euh voilà, les petites choses qu'on pourrait améliorer ce serait ça.

Et quel retour vous avez des parents suite aux conseils que vous donnez ?
Oh ils sont contents ! Ouais, ouais ils trouvent qu'on est dispo, après on est encore euh jeunes installées donc c'est vrai que bon on a beaucoup de patients mais comme on travaille à mi-temps chacune, je pense qu'on arrive un peu à gérer euh nos flux de patients même si les journées sont un peu grosses. Donc, non ici ils ont l'air contents, ils se, ils sont rassurés ils nous disent ah ben oui ben, en fait je voulais juste que vous me disiez que c'était normal. Parce que nous, on a tendance hein ah y a du reflux, ah gaviscon, non en fait on réfléchit, ouais mais non en fait il va bien, il prend bien du poids, il dort quand même la nuit, il se réveille qu'une fois et en fait euh, les parents ils nous le disent après, oui, oui mais en fait je voulais juste que vous me disiez que c'était normal. Ils vont pas le dire au début, sinon c'est trop facile, mais euh, voilà souvent c'est ça.

Euh, est-ce que vous faites appel à d'autres professionnels pour appuyer le soutien à la parentalité ?

Ah si nécessaire oui, si nécessaire oui ! C'est vrai que, alors déjà pendant les grossesses on a une psychologue avec qui on bosse, elle bosse d'ailleurs à Saint-Roch et à Clémentville. Donc quand on voit déjà que la maman est fragile, qu'y a eu des fausses-couches ou qu'il y a plein de choses de l'enfance qui reviennent, enfin qu'on sent que ça va être tendu, euh moi je les adresse déjà à ce moment-là. Parce qu'elles ont le temps, parce que voilà encore une fois, c'est la grossesse, c'est fait pour ça, si y a 9 mois c'est, c'est fait pour en profiter. Et après oui, si j'ai besoin ben oui, oui j'adresse euh, ben soit à la PMI, soit euh nous y a Mediscol 34 ici, alors c'est pour les enfants un peu plus grands mais quand y a des troubles de l'attention et des échecs scolaires. J'hésite pas pour l'orthophoniste si j'ai un doute de faire un bilan euh, je sais que ça mange pas de pain, et donc du coup euh, du coup j'hésite pas parce que c'est vrai que c'est bien qu'il y ait quelqu'un d'autre que moi qui les voit. Parce que parfois y a des petites choses qui, qui nous inquiètent et qu'ils le sont pas et inversement. Et euh, et après ben comme je le disais pour les enfants qui sont gardés à la crèche, ouais parfois ça peut m'arriver, ça m'est pas arrivé souvent mais de passer un coup de fil au médecin pour être attentive à certains points, ouais voilà. Mais comme les relations sont pas extraordinaires, voilà on le fait pas souvent.

Quelle formation initiale vous avez sur le soutien à la parentalité ?

Eh ben surtout, alors moi comme je le disais j'ai eu la chance d'être à la PMI. Et c'est vrai qu'à la PMI ils sont là pour ça quand même hein sur le suivi de l'enfant qui va bien. Ou de l'enfant qui va bien dans sa santé mais qui va pas bien dans son environnement psychosocial donc c'est vrai que ben j'ai fait des visites à domicile, dans des familles un peu, voilà qui allaient pas bien, on a fait des réunions, l'assistante sociale, la psychologue, l'éducatrice donc en fait oui, tout ce que j'ai appris euh je l'ai appris là. Et après ben je l'ai appris effectivement avec euh, les, les remplas que j'ai pu faire, les situations que j'ai rencontrées mais la vraie formation initiale il faut être franc elle est à la PMI. Et en plus, j'ai eu la chance aussi d'être aussi avec la sage-femme donc j'ai fait plein de soutien de grossesse dans des familles un peu compliquées ou voir ce que, elle, elle pouvait dire et ça, ça m'a beaucoup servi c'est bien pour ça que maintenant pendant la grossesse, je fais plein de trucs parce que, pour tout ce qu'elle a pu m'apporter et me dire euh je me suis dit que c'était vraiment finalement un moment propice euh à ça. Donc euh du coup ma formation initiale elle est de là. Et c'est vrai que je regrette pas, à un moment je me suis dit ouais je suis pas allée aux urgences péd, ça m'a un peu manqué au début mais enfin au final globalement les urgences je les gère très bien euh quand euh c'est vraiment urgent je les envoie aux urgences sinon je les gère.

Et par contre ça, ça m'a vraiment, je pense pas que, je pense que j'aurai été un peu moins à l'aise, sur les plagio, enfin sur les trucs tout bêtes, qu'on voyait en fait à la PMI euh, et puis elles avaient 1h donc euh, on avait le temps de tout voir en détail. Voilà.

Et en formation continue ?

En formation continue euh, moi après je suis abo, je fais des DPC mais en ligne alors pour l'instant en pédiatrie je fais pas trop, parce que c'est pas ce qui me manque le plus. Je fais d'autres choses qui me, qui me paraissent un peu plus embêtantes pour moi. Style de la gynéco ou de la gériatrie, donc voilà.

Est-ce que du coup vous pensez être suffisamment formée et informée ?

….hmmm, oui et non, oui et non , je pense qu'avec l'expérience je me suis formée mais je pense qu'effectivement euh. Alors moi y a des trucs maintenant que je sais parce que je suis maman. Mais avant je l'étais pas, alors les trucs de siège auto, enfin des trucs qui me semblaient complétement euh, fous, fous, qui sont en fait bêtes mais je pense qu'en fait c'est hyper utile et c'est des questions qui reviennent 200 fois. Et euh et finalement des questions hyper euh, pointues sur, sur des pathologies hyper graves que j'ai apprises 20 fois je ne les ai jamais. Parce que c'est des enfants que je ne suis pas ou qui sont multi-suivis et moi je les vois jamais quoi.

Donc euh, en fait je pense que c'est bien d'insister là-dessus et oui de favoriser les stages soit en pédiatrie libérale, soit en PMI, parce que je, je pense que c'est plus utile, ou de couper les stages en 2 pour qu'il y ait plus de gens qui y aient accès. Mais euh, aller en pédiatrie au CHU euh, en neuropéd, très sincèrement pour voir des épileptiques qui ont des pathologies compliquées qu'on voit jamais nous quoi. Ou qu'on voit pour les petits trucs intercurrents quoi. Voilà, moi je pense que ça pourrait être utile ou en tout cas ça pourrait peut-être refroidir moins de personnes de prendre des enfants en suivi, parce que, alors j'ai été étonnée dans mon village là, quand j'accepte les suivis, ah ben ah c'est bien parce que lui il fait pas, lui il fait pas et en fait bon je pense que c'est plus il fait pas, pas parce qu'il veut pas mais parce que c'est vrai il est pas à l'aise et ce que je comprends. Parce que on peut faire des bêtises avec des bébés, enfin on peut faire des bêtises avec les humains en général mais enfin avec des bébés euh, après c'est toute leur vie quoi donc euh même moi y a des fois je me stresse un peu. Donc je, je pense que c'est important sur la formation initiale d'insister sur le fait qu'en médecine générale on voit souvent des enfants qui vont bien mais qu'est-ce qui nous met la puce à l'oreille, euh qu'est-ce que les parents attendent de nous et euh les, les parents ils restent 3 jours à la mater euh donc euh maintenant on est vachement là pour les aider quoi.

Pour les ictères avant on voyait pas tout ça mais maintenant moi des ictères j'en ai renvoyés se faire flasher. Parce que c'est nous qu'on les voit et ça j'ai un peu appris parce que ça euh je savais pas trop (rires) voilà.

Euh quelles sont vos attentes pour vous permettre de plus vous impliquer, plus facilement dans le soutien à la parentalité ?
Hmmm, quelles sont mes attentes…Ben après ça vient de moi, c'est organiser mon planning pour que ce soit toujours faisable ad vitam aeternam, que j'arrive à le faire de, comme ça me, comme ça me plaît. Mais après j'estime aussi ben c'est la prévention c'est euh, beaucoup de travail, on a l'impression mais après qui paie parce que finalement sur une jeune maman avec un jeune papa pour un enfant ainé si on a été au taquet, bon chaque enfant est différent j'en conviens, mais pour un second enfant au final, y a quand même des choses qu'ils oublieront pas euh, et euh, et euh on le voit finalement euh, sur des seconds parfois et ils font pas de bêtises. Alors on est là pour suivre l'enfant quand même mais on les voit beaucoup moins et euh, et voilà et elles nous redemandent pour les diversifications etc. pour la propreté, pour machin mais c'est vrai que je pense que, au final même moi j'ai beaucoup de jeunes patients parce que ben je recrute beaucoup de patients aussi hein, mais euh, mais je pense que c'est quand même y a un retour, un retour sur investissement quoi, si je puis m'exprimer ainsi.

Euh donc c'est la dernière question, au terme de cet entretien, où vous m'avez parlé de ce que vous faites en consultation, si je vous repose une des premières questions : Quel est le rôle du médecin généraliste dans le soutien à la parentalité ? Qu'est-ce que vous me répondez ?
Euh et ben c'est d'être là pour les parents, quelles que soient leurs questions, quels que soient leurs doutes. Et c'est d'être aussi euh, attentif aux parents qui n'ont pas de question et pas de doute euh, pour faire notre rôle de dépistage, de prévention chez des enfants qui vont très bien. Je pense que c'est ça !

Très bien, merci beaucoup.
Oh ben non y a pas de souci.

C'était très intéressant.
Avec plaisir.

Annexe 3 : Extrait de la grille de codage

En tant que médecin généraliste, pensez-vous avoir un rôle en matière d'accompagnement et soutien à la parentalité ?

Non	Raisons		E1	" hum hum (geste non) "
		Manque d'envie du médecin	E1	" j'ai pas la patience de le faire je crois "
		Mission parentale - guidance inutile	E1	" c'est une mission de la part des parents qui ont pas envie, pas spécialement envie de s'investir au départ "
			E1	" Mais je suis, je suis d'une vieille génération (…) on était pas obligé de tout dire aux gens, de tout leur apprendre avant ça se faisait naturellement "
		Rôle d'un autre professionnel	E1	" Peut-être que c'est le rôle des sages-femmes au moment de la préparation à l'accouchement (…) préparation à ça plutôt qu'une préparation qu'à l'accouchement et puis après débrouillez-vous "
		Rôle de l'entourage familial	E1	" c'était l'apprentissage un peu familial, l'entourage familial (…) les mères étaient plus ou moins guidées par leurs propres mères alors que maintenant c'est plus le cas du tout. On a l'impression d'avoir des femmes enfants qui… qui découvrent "

Oui			E2	" oui! "
			E3	" oui mais on s'en rend pas trop compte en fait dans la consultation, ça fait partie de l'examen et tout en parlant on se rend compte de l'importance "
			E4	" Euh oui! "
			E5	" Bien sûr, bien sûr, bien sûr "
			E6	" oui "
			E7	" oui "
			E8	" oui, oui "
			E9	" Oui mais y a très peu de demandes "
			E10	" euh oui "
			E11	" Oui tout à fait oui "
			E12	" Oui je pense que oui même si parfois je suis un peu euh, pas forcément à l'aise mais je pense que oui (rires) "
			E13	" oui "
			E14	" oui mais en fait peu (…) j'ai pas l'impression de beaucoup faire dans le rôle de soutien à la parentalité "
	Lequel			
		- réponse aux questions	E2	" ce rôle de réponse aux questions "
			E5	" c'est être là pour répondre à toutes les questions qu'ils peuvent se poser "
			E6	" En répondant aux questions des parents "
			E10	" C'est surtout un rôle de conseils (…) on répond plutôt aux questions des parents plutôt que de nous-même poser des questions "
		- écoute et disponibilité	E12	" laisser la, la parole aux parents (…) être quand même disponible "

		- accompagnement	E5	" Euh d'accompagnement "
			E11	" c'est les accompagner, avec eux, à gérer les difficultés du quotidien "
		- information	E8	" réexpliquer la nécessité d'empathie de la part des parents envers l'enfant euh réexpliquer les normes d'hygiène et d'alimentation"
			E13	" un rôle de conseils "
		- renforcement positif	E11	" un rôle déjà de valorisation de, de, des parents, de, de ce qu'ils font "
		- en anténatal	E12	" patientes enceintes et puis parfois de parler un peu déjà, en amont de, ben comment elles ont envisagé les choses "
		- réassurance parentale	E4	" c'est justement pas inné et que bien sûr on a besoin de conseils, bien sûr on va faire des erreurs et c'est en, en travaillant sur ces erreurs qu'on devient de meilleurs parents "
			E6	" en cernant leurs inquiétudes, leurs difficultés et euh en essayant de dédramatiser certaines situations "
			E11	" montrer que leur anxiété, leurs angoisses, le, est légitime aussi "
			E12	" c'est les rassurer sur le fait qu'en fait c'est normal. C'est chiant, c'est fatigant, c'est épuisant mais c'est normal (…) je pense que le soutien il est aussi là, leur dire ben oui, oui ça va très bien "
			E13	" expliquer aux parents, soit les désangoisser justement, soit leur expliquer comment, comment on peut faire. "

	Rôle important et nécessaire		E3	" on se rend compte de l'importance "
			E7	" on est dans une ville où y a énormément de précarité, de familles monoparentales, de familles immigrées, voilà de difficultés et euh avec des grands besoins de soutien, de conseils et de guidance (...) je pense qu'il y a un énorme travail à faire et qu'il n'y a plus de poste de PMI…y a plus de médecin de PMI"
		Car :		
		- parentalité s'apprend, pas inné d'être parent	E4	" que c'est justement pas inné "
			E5	" les parents ne sont pas nés avec une formation parentale (…) certains parents ont besoin d'autre chose, de soutien (...) ça paraît évident pour nous (…) dans certains milieux c'est, c'est, c'est pas du tout le cas "
			E12	" y a beaucoup de mamans qui sont un petit peu démunies, qui ont les enfants un peu tard et qui oublient un peu ce côté euh, spontané "
		- la société a changé	E1	" par rapport à mon début d'exercice, j'avais l'impression que les mères étaient plus ou moins guidées par leurs propres mères alors que maintenant c'est plus le cas du tout "
			E12	" y a plus trop la transmission de grand-mère à mère "
			E14	" avant c'est les grands-mères qui donnaient des conseils à leur petites-filles, les mères, les grands-mères "
		- anxiété parentale	E1	" ce qu'ils veulent de toute façon c'est, c'est être rassurés la plupart du temps "
			E2	" surtout une réponse aux, aux questions des parents qui sont souvent très angoissés "
			E3	" essayer de limiter aussi le, le, l'angoisse "

			E8	" Ben si vous voulez la question des parents c'est est-ce qu'il a un développement moteur normal euh, par rapport à son âge (…) "
			E12	" ils ont besoin de savoir que, ils font pas de mal à leur bébé, qu'ils font, ben qu'ils sont de bons parents "
			E13	" ils sont souvent stressés et qu'on est là pour les rassurer en fait "
	Intérêt pour ce domaine		E7	" c'est passionnant moi je suis de la génération Dolto (…) j'aimerai bien passer plus de temps à m'occuper un petit peu de ça, c'est passionnant."
			E12	" ça fait partie des choses que, pour lesquelles j'aime bien faire mon travail (…) j'aime bien ça franchement hein, franchement c'est chouette, ça prend vachement de temps, c'est hyper épuisant mais euh, euh mais c'est sympa "
	Action naturelle du médecin		E3	" oui mais on s'en rend pas trop compte en fait dans la consultation, ça fait partie de l'examen et tout en parlant on se rend compte de l'importance "
	Travail en réseau		E12	" Moi j'ai, ça m'arrive d'appeler la sage- femme ou des pédiatres avec qui on travaille, euh ou la PMI ou, euh parce que bon y a des questions des fois qui, qui me paraissent un petit peu, voilà, incongrues "

	Mais rôle limité pour certains	Raisons :		
		- manque de temps	E2	" je suis débordée par l'administration et l'informatique et j'aimerai bien passer plus de temps à m'occuper un petit peu de ça "
			E9	" on pourrait plus mais y a le problème du temps "
		- manque d'envie du médecin	E7	" je les envoie au pédiatre jusqu'à 2 ans "
		- rôle de la PMI	E14	" comme ils sont suivis en PMI, je pense que c'est fait là-bas mais du coup moi j'interviens pas trop."
		- peu de demandes parentales	E9	" mais y a très peu de demandes "
			E14	" ça arrive peu parce que les gens ils nous demandent pas vraiment quoi (…) quand les parents ils viennent nous voir ils veulent un truc médical. Ils veulent pas les conseils de grand-mère quoi. "

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque*

Résumé

Introduction : Nous avons étudié le rôle du médecin généraliste dans la prévention précoce et l'accompagnement du développement global de l'enfant de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité.

Matériel et méthode : Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Occitanie.

Résultats : Les résultats mettent en évidence des modalités d'implication très différentes, dépendantes de facteurs multiples dont les principaux sont : leur vision de la guidance parentale, leur expérience en pratique courante, leur propre expérience de la parentalité, la prise en compte de l'environnement psycho-social de l'enfant, les besoins exprimés par les parents, leur formation sur le sujet.

Discussion : L'analyse de leurs ressentis et expériences a permis d'identifier trois profils de médecins. Le médecin qui ne souhaite pas s'impliquer car il pense que la parentalité ne devrait pas s'apprendre ou parce que trop de facteurs limitants l'empêchent d'exercer ce rôle. Le médecin qui est très impliqué et qui a la volonté d'effectuer du soutien à la parentalité mais dont le manque de formation l'empêche d'utiliser tous les champs de la guidance. Le médecin qui, fort des connaissances acquises notamment en PMI, a intégré tous les champs de la guidance, véritable outil de prévention primaire et secondaire pour soutenir le développement précoce du nourrisson. La place privilégiée de médecin de famille et la forte implication permettent au médecin qui le souhaite d'être un acteur clé du soutien. Améliorer leurs formations et développer une collaboration avec les autres acteurs du soutien à la parentalité pourraient permettre aux médecins généralistes d'optimiser leur forte implication et d'occuper une place centrale dans l'accompagnement du développement global du nourrisson par le soutien à la parentalité.

Mots-clés : rôle - médecin généraliste - développement global - nourrissons - soutien à la parentalité - place - prévention - parentalité

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine de Montpellier - 641, Av. du Doyen Gaston Giraud - 34090 Montpellier - France

Directeur de thèse : Dr COLLARD POLICAR Jennifer

Doctorant : NEMPONT Amandine