



HAL
open science

Évaluation des freins et propositions de pistes d'amélioration dans le cadre du dépistage des troubles audiovisuels chez l'enfant d'âge préscolaire

Marion Chrétien

► **To cite this version:**

Marion Chrétien. Évaluation des freins et propositions de pistes d'amélioration dans le cadre du dépistage des troubles audiovisuels chez l'enfant d'âge préscolaire. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03113517

HAL Id: dumas-03113517

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03113517>

Submitted on 18 Jan 2021

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.

Faculté de médecine de Nice

Evaluation des freins et proposition de pistes d'amélioration dans le cadre du
dépistage des troubles audiovisuels chez l'enfant d'âge préscolaire

Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine

Discipline : médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 27/11/2020 à Nice

Par Mme CHRETIEN Marion

Née le 22 Février 1991 à Saint Martin Boulogne

Composition du jury :

Président : Pr DARMON David

Assesseur : Pr BAILLIF Stéphanie

Directeur de Thèse : Pr GARDON Gilles

Liste des enseignants au 1^{er} septembre 2020 à la Faculté de médecine de Nice.

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie Pr. ALUNNI Véronique Recherche Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)

M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

M. TRAN Antoine Pédiatrie (54.01)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale

M. HOGU Nicolas Médecine Générale

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. ALBERTINI Marc

M. GIBELIN Pierre

M. BALAS Daniel

M. GILLET Jean-Yves

M. BATT Michel

M. GRELLIER Patrick

M. BLAIVE Bruno

M. GRIMAUD Dominique

M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Madame le Professeur Baillif, merci de me faire l'honneur de participer au jury de thèse et de votre intérêt porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Darmon, merci de me faire l'honneur de participer au jury de thèse, d'avoir été coordinateur de mon SASPAS et de la confiance accordée.

A Monsieur le Professeur Gardon, pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail de thèse avec pédagogie, patience et bienveillance.

- A tous ces médecins, qui m'ont inspiré dans ma pratique de la médecine générale :
 - A mes 2 futures associées, Martine et Camille, pour leur patience en attendant ma soutenance, pour m'avoir acceptée dans l'équipe comme un « vrai docteur », hâte de construire ce projet avec vous.
 - Aux médecins de Roquefort les pins, certains pour leur participation à cette étude, et à tous pour leur sympathie.
 - Au Dr Rojnic, pour la participation à cette étude et pour toutes les connaissances transmises pendant mon stage.
 - Au Dr Manon Goisbault, pour ta gentillesse et pour m'avoir donné envie de continuer à exercer la pédiatrie dans ma pratique future.
 - A Nathalie, merci pour ces 3 mois en Corse, tu es parmi les médecins qui ont façonné ma pratique médicale.

- A Mr Buridant, vous avez été le premier à penser que je puisse devenir un jour médecin, vous m'avez aidé à passer ces épreuves de biophysiques tant redoutées, je souhaite à tous les lycéens d'avoir un professeur comme vous, merci pour votre travail dévoué.

- A ma famille :
 - A Maman, ce travail t'est particulièrement dédié car il est aussi le tien, pour ta présence à mes côtés pendant ces dix années d'études, pour m'avoir souvent réconfortée, pour avoir supporté mes sautes d'humeur, pour tous les sacrifices que tu as fait pour nous sans jamais nous le faire sentir mais aussi pour ton courage, pour ta générosité, pour ton amour infaillible et ce malgré les turbulences traversées. Tu es la maman que tous les enfants rêveraient d'avoir. Je t'aime.
 - A Gautier, pour m'avoir ramassée à la petite cuillère à la fin de ma première année puis accueillie au début de l'internat, pour m'avoir eu dans les pattes à toutes les soirées

depuis toujours, pour continuer à me faire rire encore et toujours, je suis heureuse qu'on soit tous réunis dans le sud désormais. Et à ma future belle-sœur, pour toutes les réponses apportées quand je ne m'en sors plus en pédiatrie, pour ta gentillesse, pour le bonheur que tu apportes à mon frère et pour toutes ces futures journées shopping qui nous attendent, bienvenue dans la famille.

- A Ethan, tu avais à peine 2 ans quand j'ai commencé mes études de médecine, bercé par les récitations de mes cours d'anatomie, j'ai souvent dit « si j'y arrive, je passerai ma thèse quand tu seras au collège », tu es maintenant en 4^e et je suis si fière du jeune homme que tu deviens !
- A Papa, comme à chaque étape de ma vie tu accompagnes mes pensées, tu restes à jamais dans mon cœur, j'espère te rendre fier de moi, tu me manques.
- A Tonton Charles, tu es parti trop tôt pendant cette année 2020 si tourmentée, tu pourras enfin dire là-haut avec fierté : « ma nièce est Docteur »
- A Tata Edith et ses filles, pour votre courage dans toutes les épreuves que vous avez traversées.
- A toute ma famille, à ceux qui ont pu être présents, je suis touchée de vous avoir à mes côtés et à tous ceux qui n'ont pas pu l'être, merci pour votre soutien.
- A mes amis :
 - Ceux de l'externat et particulièrement :
 - A Béné, Amandine et Marion merci pour tous ces moments, ces soirées inoubliables, ces « sous-colles » qui ressemblaient plus à des soirées potin, et ces weekends aux 4 coins de la France, toujours présentes malgré la distance, malgré les épreuves, je mesure la chance de vous avoir comme amies.
 - Sans oublier les garçons, Christophe, Edouard, Lucas, Pierrot, Simon... sans qui l'externat n'aurait pas eu la même saveur...
 - Et ceux de l'internat ... :
 - A Marie-Eve, un rayon de soleil permanent, merci pour tes petits messages de soutien, ta bonne humeur, tu es de ces rencontres comme on en fait peu de nos jours, petite par la taille mais grande par le cœur !
 - A Michaud (et ces multiples surnoms !), tellement contente d'avoir passé ces 6 mois de gériatrie avec toi, merci pour ces soirées qui ont tant fait « vibrer mon petit cœur », pour ta franchise, ta générosité, merci d'avoir toujours répondu présente même dans les moments difficiles,

- Au groupe « mixé / moulu », Victoria, Ambre, Ophélie (& Benjamin, bien sûr !), Noémie, Dina, ce groupe improbable qui associe la soupe et le vin, les jeunes et les vieilles, vous resterez toujours un peu les néos même si vous avez grandi depuis ! Vous êtes au top, merci pour ces chorégraphies improbables sur les L5, ces karaokés sur Céline, ce weekend en Corse, merci pour votre joie de vivre, ne changez rien !
- Aux FFF, Lolo, Mazzi, Jess, Brazier, Lacaze, Marie typh' pour toutes ces soirées, ces weekends au ski, pour ce voyage à Berlin et j'espère encore d'autres à venir
- A Morgane, pour ces soirées dansantes, pour tous ces beaux souvenirs à Cuba et en Corse !
- A Internat d'amour : A Wawa, merci pour ton soutien, ta gentillesse, pour ces messages d'anniversaire improbables d'année en année et pour les consultations d'ophtalmo, à Kevin, Zélia & Joseph, Adrien, Cricri, Yann, Touchy... merci à tous pour ces souvenirs inoubliables, cet été de folie !
- A mes colocs de Corse, Hélène & Ju pour ces verres de rosé sur le port, ces randonnées et pour m'avoir supportée 6 mois.
- A Magali, coloc par intérim, merci pour ta bonne humeur permanente ! et à tout le reste de l'équipe Corse de Bastia, Ilanite, Julie, Valentin, sans qui ces 6 mois auraient été moins drôles.

1. INTRODUCTION	15
SUR LE PLAN DES TROUBLES AUDITIFS :	15
SUR LE PLAN DES TROUBLES VISUELS :	15
LE DEPISTAGE EN MEDECINE GENERALE :	15
LES CONDITIONS DE REALISATION DU DEPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS EN MEDECINE GENERALE :	17
OBJECTIFS DE L'ETUDE :	18
2. MATERIEL ET METHODE.....	19
LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	19
LA METHODE QUALITATIVE.....	19
LA POPULATION ETUDIEE	19
<i>Inclusion</i>	19
<i>Recrutement</i>	19
<i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	19
LE GUIDE D'ENTRETIEN	20
LE QUESTIONNAIRE EPIDEMIOLOGIQUE	20
LE RECUEIL DES DONNEES.....	20
L'ANALYSE DE DONNEES	20
LA SATURATION DES DONNEES	20
3. RESULTATS.....	22
L'ECHANTILLON	22
Age moyen.....	22
Sexe	22
Type d'activité	22
Formation complémentaire.....	22
Pourcentage de patients de moins de six ans dans la patientèle médecin traitant :	22
LES FREINS.....	22
<i>Epidémiologie</i>	22
Sentiment de faible prévalence.....	22
Faible recrutement pédiatrique	23
<i>Sentiment d'incompétence</i>	23
<i>Temps de consultation</i>	24
<i>Parcours de soin difficile</i>	25
<i>Inconvénients de la valisette sensorybaby</i>	25
Information sur sa valeur ajoutée	25
Accessibilité	26
Coût	26

<i>Problèmes de formation</i>	26
Déficit de la formation initiale	26
Temps de formation	27
Formation non adaptée aux médecins généralistes	28
Difficultés d'accès à la formation	28
<i>Faible rentabilité des actes de prévention</i>	28
<i>Age des praticiens</i>	28
LES ELEMENTS FACILITANTS	31
<i>Sentiment d'aisance au dépistage</i>	31
<i>Rôle des tiers (parents, entourage)</i>	31
<i>Dépistage à la naissance</i>	31
<i>Cotation des actes</i>	31
LES PISTES D'AMELIORATION	33
<i>Revalorisation des actes de prévention</i>	33
<i>Prise en charge à 100%</i>	33
<i>Formation vidéo</i>	33
<i>Formation en présentiel</i>	33
4. DISCUSSION	36
VALIDITE INTERNE	36
<i>Intérêt de l'étude</i>	36
<i>Points forts méthodologiques</i>	36
<i>Les biais et les difficultés de l'étude</i>	37
Biais de sélection	37
Biais de formulation	37
Biais de mémoire	37
Biais d'interprétation	37
Difficultés	38
PRESENTATION DES FREINS AU DEPISTAGES DES TROUBLES SENSORIELS CHEZ L'ENFANT EN AGE PRE SCOLAIRE	38
<i>Problème lié à la formation</i>	38
<i>Temps de consultation</i>	39
<i>Inconvénients de la mallette sensory baby</i>	39
<i>Faible rentabilité des actes de prévention</i>	40
<i>Faible recrutement de patientèle pédiatrique</i>	40
<i>Sentiment de faible prévalence des troubles sensoriels</i>	40
<i>Sentiment d'incompétence</i>	40
<i>Parcours de soin difficile et la compliance parentale</i>	40
<i>Age des praticiens</i>	41
PRESENTATION DES ELEMENTS FACILITANTS LE DEPISTAGE	41

Sentiment d'aisance au dépistage.....	41
Rôle des tiers et du dépistage à la naissance	41
Cotation des actes	42
PISTES D'AMELIORATION	42
Revalorisation des actes de prévention.....	42
Prise en charge à 100%.....	42
Formation en présentiel	42
Formation vidéo	43
5. CONCLUSION.....	44
6. BIBLIOGRAPHIE	45
7. ANNEXES :.....	48
ANNEXE 1 :	48
ANNEXE 2 :	49
8. RESUME.....	51

1. Introduction

L'enfant grandit et se construit dans un système sensoriel responsable de ses interactions avec son environnement. Un déficit auditif ou visuel, quel que soit sa nature ou sa gravité, est susceptible d'affecter le bon développement de l'enfant et de diminuer ses performances scolaires. (1)

Sur le plan des troubles auditifs :

A la naissance, un enfant sur 1000 naît sourd profond et 12 à 18% des enfants auront une otite séro-muqueuse durable (plus de trois mois) qui est un facteur de risque de surdité légère à moyenne. (2–5) A l'âge de trois ans, trois sur 1000 présentent une surdité sévère à profonde.(3)

Deux tests de dépistages sont effectués quasiment systématiquement en période pré scolaire, un à la naissance, les OEA (Otoémission acoustiques) permettant de détecter les surdités profondes mais ne permettant pas d'établir un seuil auditif, les OEA ne donnent qu'une réponse binaire : otoémissions présentes si seuil inférieur à 40 dB, otoémissions absentes sinon,(6) puis à partir de l'école maternelle (pour les enfants de trois à quatre ans) le dépistage est en principe réalisé par les services de PMI.(7,8)

L'absence de dépistage de ces troubles auditifs peut entraîner des retards de langage, d'apprentissage et plus généralement des difficultés à s'intégrer à la vie en collectivité. (9–11) Par ailleurs, dans une étude de 2007, effectuée auprès de 94 familles et 101 médecins, selon les parents, lorsque l'enfant a eu un cursus scolaire perturbé, le handicap auditif en serait la principale cause. (12)

Sur le plan des troubles visuels :

18% des enfants ont des troubles visuels (essentiellement des troubles de la réfraction). Le strabisme touche 5% des enfants.(13)

La moyenne d'âge de la première prise en charge des troubles visuels est de 2,9 ans pour les enfants dont l'acuité visuelle était inférieure à 0.5/10 (soit une cécité d'après l'OMS). Elle est de 5,1 ans, pour les enfants dont l'acuité visuelle était comprise entre 0.5/10 et 3/10 (soit un déficit visuel sévère d'après la classification de l'OMS).(14)

La correction précoce de ces troubles évite des perturbations dans le développement de l'enfant, de plus, la plupart de ces troubles sont accessibles à un traitement d'autant plus efficace que précoce du fait de la plasticité cérébrale. (15–17) Le taux de récupération des cas traités est inversement proportionnel à l'âge (90 % avant deux ans, 10 % après sept ans).(13)

Le dépistage en médecine générale :

Aujourd'hui, nous n'avons pas de données sur la façon dont le dépistage est pratiqué en ville et sur son efficience.(18–20)

Le dépistage fait partie intégrante des activités de soins et de suivi du médecin généraliste. Les actes de prévention pédiatriques, chez les nourrissons de moins de deux ans, représentent, le tiers de l'activité pédiatrique en médecine générale.(21) D'après une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2002, parmi les enfants de moins de trois ans :

- 5% avaient vu seulement un pédiatre,
- 40% avaient vu seulement un médecin généraliste
- 55% avaient été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. (22)

Selon la loi du quinze juillet 1970, le médecin traitant, pouvant être pédiatre ou médecin généraliste, se doit de remplir le carnet de santé ainsi que les certificats obligatoires pour le 8^e jour, le 9^e et 24^e mois. (23)

En 2004, 80,3 % des certificats du 9^e mois ont été établis dans un cabinet médical privé.

Il s'agit d'un médecin généraliste dans la majorité des cas (53,7 % *versus* 45,6 % de pédiatres en 2004). (18) En 2012, 53.9% des certificats du 9^e mois et 57.5% des certificats du 24^e mois étaient remplis par des médecins généralistes. (24)

Les données sur l'examen obligatoire du 24^e mois, montrent que cet examen est, lui aussi, réalisé le plus souvent en cabinet privé et par un généraliste. Cependant, il existe des disparités dans le suivi de l'enfant en termes de prescription et d'orientation par rapport à un suivi par un pédiatre. L'implication des pédiatres dans la prévention était plus large avec globalement une meilleure couverture vaccinale, une prévention du rachitisme et des caries dentaires plus importantes. Les prescriptions des pédiatres étaient inférieures de 42 % pour l'orthophonie, comme le montre une cohorte rétrospective de janvier 2001 à décembre 2002. (25)

Dans un rapport de 2004, le conseil national de l'ordre des médecins notait une baisse des effectifs de pédiatres. La PMI quant à elle ne couvre que 10 à 15% de la population pédiatrique, menant le médecin généraliste à pratiquer de plus en plus de suivi du nourrisson. (26,27)

D'après un rapport de la DREES, on dénombre 5850 ophtalmologistes et 3023 ORL en France en 2019 avec un âge moyen de 54 ans et 50 ans, avec comme perspective en 2030 une diminution du nombre de ces deux spécialités dans la région PACA. (28,29) Cette évolution de la démographie médicale

pousse les médecins généralistes à développer une stratégie de dépistage précoce pour une orientation plus ciblée chez les spécialistes. (30)

Les conditions de réalisation du dépistage des troubles auditifs et

visuels en médecine générale :

Une étude conduite en 2004 auprès des médecins du réseau Sentinelles sur les conditions de réalisation en médecine générale des dépistages des troubles audiovisuels montraient que 16 % d'entre eux ont eu des difficultés à l'examen. (31)

Le dépistage des troubles de l'audition et des troubles psychomoteurs était plus systématiquement effectué que celui des troubles visuels : seulement 21 % des médecins avaient recherché des facteurs de risque de troubles visuels, un strabisme, une amblyopie et avaient réalisé au moins un test de dépistage de trouble visuel. Parmi les médecins, 81 % avaient réalisé au moins un test auditif.(31) Un audit, effectué en juin 2009 auprès de 21 médecins, confirmait la carence du dépistage visuel chez les enfants de moins de trois ans en médecine générale. (32)

Cependant, une étude de santé publique réalisée en 2006 dans le département de Maine et Loire a montré que les médecins généralistes ne suivaient que partiellement les recommandations de l'HAS dans la pratique de ces dépistages. (1) Cette étude a été confirmée par une étude observationnelle d'avril 2016 à avril 2017, montrant que sur 220 consultations, sept seulement montraient un dépistage optimal des troubles sensoriels chez l'enfant. (33)

Le médecin généraliste rencontre des difficultés dans le dépistage des troubles auditifs et visuels, entraînant un retard dans la prise en charge. (34)

Dans un rapport d'évaluation du carnet de santé de l'enfant par les professionnels réalisé en 2010 sur les modifications des espaces consacrés aux troubles de la vue et de l'audition : 88% des médecins remplissaient les rubriques sur ces domaines, les items paraissaient suffisants mais pas toujours réalisables en consultation, essentiellement pour des problèmes de manque de matériel ou d'équipement. (35,36)

Pour que le dépistage soit efficace il doit être simple, rapide et peu coûteux.(37) Or, depuis 2005, une mallette renfermant divers outils de dépistage a été commercialisée, elle est utilisée dans les formations par l'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA).(3,38)

La même année, la Haute Autorité de Santé a édité des recommandations pour la pratique clinique en termes de dépistage mais aucune étude n'a étudié ou proposé d'outil pour faciliter le dépistage

par les médecins généralistes. (39,40) De plus, nous avons le ressenti que la mallette sensorybaby, pouvant être d'une aide précieuse, était peu utilisée au cabinet de médecine générale.

Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de l'étude est :

- Comprendre les freins au dépistage des troubles audiovisuels et à l'utilisation de la mallette au cabinet de médecine générale.

L'objectif secondaire de l'étude est :

- Proposer une formation vidéo et en présentiel pour aider le médecin généraliste à dépister les troubles audiovisuels chez l'enfant.

2. Matériel et méthode

La recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée via les moteurs de recherches Google Scholar, CISMef, PubMed, Lissa mais aussi par la lecture de revues comme Exercer, puis par arborescence à partir des bibliographies des documents étudiés.

Le logiciel Zotero a permis la gestion des sources bibliographiques.

La méthode qualitative

L'objectif principal de ce travail était de recueillir les opinions, les représentations des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage des troubles sensoriels.

La méthode qualitative nous a paru la plus adaptée du fait de la subjectivité des données recueillies.

Nous avons choisi la méthode par entretien semi directif en présentiel, les thèmes abordés sont pensés à l'avance mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes restent libres et dépendants du déroulement de l'entretien.

L'entretien permettant une analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Au cours de l'étude, nous avons dû être confinés plusieurs mois, j'ai alors pensé à changer ma méthode et passer à des questionnaires mais les entretiens en présentiel était la méthode qui me correspondait le mieux, laissant plus libre court à l'expression des opinions diverses.

La question de recherche et la méthodologie a été présentée et validée en cellule thèse.

La population étudiée

Inclusion

Nous avons inclus un panel de médecins généralistes volontaires des Alpes maritimes et du Var sur la période de novembre 2019 à juin 2020.

Recrutement

Le recrutement s'est fait par téléphone, par courriel via le répertoire des maitres de stage universitaire (MSU) de la faculté de médecine de Nice.

Caractéristiques de l'échantillon

Il y avait un critère d'exclusion : médecin non installé afin de pouvoir analyser les données selon la patientèle médecin traitant.

L'échantillonnage dépend des objectifs de l'étude, le nombre de médecins inclus a été décidé lorsque nous avons atteint la saturation des données.

Le guide d'entretien

Le guide d'entretien initial (cf. annexe 1) a été réalisé avec les conseils de mon directeur de thèse. Il a été testé avec trois praticiens puis étayé (cf. annexe 2). Le guide d'entretien contenait des questions ouvertes et des questions de relance si nécessaire pour orienter la discussion.

Le questionnaire épidémiologique

La première partie du guide d'entretien était un questionnaire épidémiologique, constitué initialement de cinq questions puis de huit questions après les premiers entretiens.

Le recueil des données

Le recueil de données s'est fait par des entretiens présents, en fonction des disponibilités des médecins. Les entretiens ont tous été réalisés au cabinet médical et les médecins prévenus d'une durée minimale d'entretien de 30 minutes afin de pouvoir dégager le temps nécessaire. Les médecins ont été informés par voie orale du respect de leur anonymat lors de la retranscription des données. Après accord oral des participants, l'enregistrement a été assuré avec mon téléphone portable.

L'analyse de données

Les entretiens ont été retranscrits en intégralité et de manière littérale en respectant la forme du discours, dès le premier entretien. La retranscription a été effectuée après chaque entretien me permettant déjà de m'imprégner des données recueillies.

La méthode d'analyse de données choisies était celle de la théorisation ancrée, méthode définie par Paillé et adaptée de la Grounded theory de Glaser et Strauss, ayant pour objectif de construire une théorie qui soit ancrée dans les faits. Une première analyse dite « verticale » a été effectuée, d'abord par une lecture « flottante » pour se réimprégner de l'entretien puis une seconde lecture plus attentive permettant de produire une synthèse analytique de l'entretien. Puis, une seconde analyse dite « horizontale » a été mise en œuvre dans le cadre d'une troisième lecture afin de saisir le sens des propos tenus, c'est le codage.

Le codage a été effectué via le logiciel Nvivo, avec lequel nous avons regroupé les idées en nœuds parents et nœuds enfants.

La saturation des données

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à l'obtention de la saturation des données, le dernier entretien n'ayant fait émerger aucune donnée nouvelle.

3. Résultats

L'échantillon

Age moyen

L'âge moyen de notre échantillon est de 53 ans, ce qui est assez représentatif de l'âge moyen des médecins généralistes en France qui était estimé en 2019 à 51 ans. Ils étaient installés en moyenne depuis 23 ans.

Sexe

Dans notre étude, on compte trois hommes et huit femmes.

Type d'activité

Deux médecins de notre échantillon avaient une activité mixte, contre neuf médecins ayant une activité libérale stricte.

Deux médecins étaient installés seuls contre neuf en cabinet de groupe.

Trois des onze médecins interrogés n'étaient pas MSU (maitre de stage universitaire).

Formation complémentaire

Deux médecins avaient une formation complémentaire en pédiatrie (capacité de pédiatrie et DU petite enfance).

Pourcentage de patients de moins de six ans dans la patientèle médecin traitant :

Initialement, nous voulions recueillir le nombre de patients de moins de deux ans suivis en tant que médecin traitant mais selon les logiciels médicaux utilisés, cette donnée était trop difficile à trouver, nous avons donc décidé de nous servir du relevé de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) annuelle, un médecin n'y était pas favorable et n'avait donc pas la donnée à nous fournir.

En moyenne, la patientèle pédiatrique de moins de six ans était de 5.7%.

Les freins

Epidémiologie

Sentiment de faible prévalence

Dans plusieurs entretiens, les médecins expriment le sentiment que les troubles sensoriels sont peu fréquents.

Entretien 1 : *« Je me permets de botter en touche et d'attendre que les choses évoluent, parce que je pense que les surdités acquises vers l'âge de deux ans il n'y en a pas beaucoup »*

Entretien 4 : *« Si on a c'est mieux mais ça reste assez occasionnel à mon avis ... »*

Faible recrutement pédiatrique

Quatre des onze médecins interrogés évoquent la faible proportion d'enfants vus en consultation par rapport à leur patientèle globale.

Entretien 1 : *« du fait de la faible proportion d'enfants vus et du fait de la durée de la consultation, je n'étais pas très motivée, il faudrait que je change mes pratiques pour un petit volume ça explique les choses »*

Entretien 2 : *« En consultation, je l'ai mis en pratique, ce n'est pas facile, parce que finalement je n'ai pas un recrutement aussi fréquent que ça, du coup, comme on ne fait bien que ce que l'on fait tous les jours, je ne me sens pas super à l'aise surtout pour le déroulé de la consultation »*

Entretien 8 : *« Et des enfants, à dire vrai, j'en n'ai pas beaucoup à surveiller à la naissance, il doit y en avoir 1 ou 2 par an que je surveille de la naissance jusqu'à l'âge adulte »*

Entretien 9 : *« je vois peu d'enfants »*

Sentiment d'incompétence

Cinq médecins nous ont exprimé des sentiments de ne pas faire un dépistage efficace, le caractérise de grossier, rudimentaire et ne se sentent pas compétents dans le dépistage des troubles sensoriels.

Entretien 10 : *« je suis hyper nulle en fait tu vois, je suis vraiment super nulle »*

Entretien 4 : *« c'est du dépistage grossier, c'est à l'interrogatoire, s'il se cogne partout, qu'il chute, on va l'emmener voir l'ophtalmo ...voilà, c'est très limité. »*

Entretien 8 : *« Bah j'essaie de leur faire suivre les doigts et puis c'est à peu près tout ... ce n'est pas évident. »*

Entretien 9 : *« Mais c'était très empirique ce que je faisais, ce n'était pas codifié »*

Le sentiment d'incompétence conduit à rediriger vers les spécialistes quasi systématiquement. Un autre médecin, sans exprimer directement de sentiment d'incompétence, disait orienter les enfants systématiquement chez le spécialiste.

Entretien 3 : « Avant l'entrée à l'école j'envoie chez l'ophtalmo et chez l'ORL, c'est une patientèle aisée ici donc ça ne leur pose pas trop de problèmes, je leur dis en général d'aller voir l'ophtalmo et l'ORL avant l'entrée en maternelle à 3 ans et demi et avant l'entrée en primaire à 6 ans »

Temps de consultation

Le temps de consultation est un motif fréquemment relayé dans les entretiens, il est estimé trop court pour faire de la prévention, dix médecins sur onze l'ont évoqué comme un frein.

Entretien 1 : « C'est une question de temps, parce que tout faire en même temps, c'est compliqué, parfois ils sont malades mais tu fais quand même et un dépistage rapide me permet déjà d'être rassurée »

Entretien 2 : « Pour un enfant que tu connais ça va prendre 30 min, pour un enfant que tu connais moins ça va prendre 45 min, il faut avoir la coopération de l'enfant qui ne se fait pas toujours facilement et surtout pas la fratrie »

Entretien 4 : « Si on commence à tout faire il va falloir une heure... » « Nous, vu le temps imparti qu'on a, on n'est pas les mieux placés pour ça »

Entretien 5 : « Je fais tout pendant les consultations de suivi, en même temps que la pesée, la taille etc... ça me prend bien 45 min avec en plus les questions des parents alimentations etc... ça prend bien minimum 45 min... »

Entretien 6 : « le temps de discuter avec la mère, de déshabiller l'enfant, ça dépasse largement les 15 min, s'il y a en plus des problèmes complexes, et puis les courbes pondérales, s'il y a des problèmes avec les courbes pondérales ... bref, ça peut aller donc entre 15 minutes et une demi-heure »

Entretien 7 : « Quand vous avez passé ¼ d'heure – 1 heure sur une personne et que vous avez déjà 1h30 de retard, si vous avez une maman qui arrive pour une visite, vous aimeriez faire une visite complète mais vous êtes obligés d'accélérer quoi. Le temps de consultation c'est un facteur commun à tous les médecins, ce n'est pas par manque d'intérêt, le temps c'est primordial. »

Entretien 8 : « on n'y pense pas, si les mamans ne nous signalent pas, bah on ne va pas rechercher systématiquement et on n'a pas le temps... »

Entretien 9 : « Moi je me régale avec les enfants, mais je n'aime pas bâcler et le problème c'est qu'en ¼ d'heure tu ne peux pas faire un examen de suivi. » « Ton examen pour un problème aigu tu le fais en un quart d'heure mais pas un examen de prévention, en un quart d'heure c'est un non-sens. »

Entretien 10 : « Par manque de temps. »

Entretien 11 : *« ça prend du temps, et puis il faut apprendre aussi à connaître les parents et ce n'est pas en 20 minutes qu'on peut faire tout ça, cerner tous les problèmes. »*

Parcours de soin difficile

Le parcours de soin des patients, consultant des médecins différents et le fait qu'il y ait de moins en moins de médecins dans les structures où les consultations de prévention avaient lieu ont été évoqués comme des freins potentiels au dépistage.

Entretien 1 : *« Je vois le parcours de soin qui n'est pas toujours très cohérent, les patients voient Dr X, Y, W, et le suivi est compliqué à faire, j'essaie de bien remplir les carnets de santé pour qu'il y ait un suivi faisable mais c'est compliqué. »*

Entretien 2 : *« La PMI et la médecine scolaire ... bah il y a de moins en moins de médecins ça devient difficile et il y a maintenant une lourde responsabilité sur nous »*

Entretien 8 : *« si vous n'avez pas le suivi, le calendrier des vaccins, vous ne pouvez pas dire « ah, y a un rappel à faire » parce que vous n'en savez rien ... » Et puis on vous dit « non, non mais le pédiatre s'en occupe ! » ... quand c'est vrai, c'est vrai mais ce n'est pas toujours vrai. »*

Entretien 9 : *« en fait, le problème c'est que tu fais le dépistage et après ils disparaissent, ce ne sont pas tes patients en fait »*

Inconvénients de la mallette sensorybaby

Information sur sa valeur ajoutée

Les médecins expriment un doute sur l'apport d'un outil comme la mallette par rapport aux outils qu'ils utilisent déjà.

Entretien 1 : *« Après moi ce qui importe c'est qu'elle est vraiment la valeur ajoutée de la mallette à mon dépistage »*

Entretien 3 : *« Ensuite à neuf mois, je fais les tests avec les caches, donc avec ma main, je pourrais le faire avec leurs lunettes mais je le fais aussi bien avec ma main, je n'ai pas besoin d'autres outils pour ça. La poursuite oculaire je la fais avec l'otoscope, ou une lumière, ce que j'ai sous la main, parfois j'ai un stylo avec un pompon rose fluo et je la fais avec ça. Pour l'audition, selon l'âge de l'enfant j'utilise la boîte à meuh ou je chuchote à un mètre, ça c'est quand il a 24 mois. »*

Entretien 4 : *« je ne suis pas sûre que ça apporte beaucoup par rapport au coût, à l'efficacité, au temps, au diagnostic, et à la prise en charge en gros ... parce que le but c'est que ce soit pris en charge pas trop tard. Si on a c'est mieux mais ça reste assez occasionnel à mon avis ... »*

Accessibilité

Le fait de ne pas avoir la mallette près de la table d'examen, à disposition, pour pouvoir effectuer les tests est un frein à son utilisation surtout dans les cabinets comprenant une mallette pour plusieurs médecins.

Entretien 1 : *« Oui je l'ai acheté mais je ne l'utilise pas, il faudrait qu'elle soit là-bas, près de la table d'examen, ouverte et 35 enfants sur 1007, je n'y pense pas... »*

Entretien 3 : *« je n'ai pas de difficultés, après si c'est à l'utilisation de la mallette, ce serait de l'avoir à disposition, dans la MSP on a une mallette pour sept médecins, or il se trouve qu'elle est un coup à droite, un coup à gauche et je n'ai pas envie de ressortir de la pièce. »*

Coût

Le coût de la mallette a été évoqué à sept reprises lors des entretiens, jugé trop élevé.

Entretien 3 : *« Déjà il faudrait qu'on en ait plus qu'une pour un cabinet de sept médecins, et au prix de la mallette, le prix est un sacré frein à son utilisation, ici dans l'idéal il faudrait trois mallettes pour nous sept, sachant que les petits objets se perdent... » « La mallette complète elle est à 489 euros. Moi je me suis auto formée, je veux bien des outils mais pas à ce prix »*

Entretien 4 : *« Oui, la mallette, je vois, c'est très cher ça ... »*

Entretien 5 : *« Il faudrait qu'elle soit moins chère la mallette, les médecins préféreront toujours faire avec les outils qu'ils ont plutôt que de mettre 500 euros dans une mallette »*

Entretien 6 : *« pour un jeune médecin qui s'installe et qui a déjà des tonnes de frais je ne sais pas si ça risque d'être un frein à l'achat... peut être prévoir une mallette plus simple, moins cher, je ne sais pas vu que je ne la connais pas. »*

Entretien 9 : *« on n'avait parlé en effet de cette sensory baby qui est en fait ... très chère par rapport à ce que c'est, voilà, c'est pour ça que personne ne l'a, voilà. » « C'est aussi sur le principe, c'est une boîte basique, et en fait elle est surcotée en prix, après il y a plein de choses qu'on achète et qui sont surcotées ... »*

Entretien 11 : *« Oui, elle coûte chère. »*

Problèmes de formation

Déficit de la formation initiale

Interrogés sur leur formation pendant les études sur le dépistage des troubles sensoriels, neuf médecins sur onze évoquent ne jamais avoir été formés.

Entretien 1 : *« après je n'ai jamais reçu de formation spécifique sur la mallette »*

Entretien 2 : *« Je n'ai jamais été sensibilisée pendant mes études, j'ai acheté mes premiers bouquins de pédiatrie sur le suivi de l'enfant, l'alimentation etc. lors de ma première grossesse. »*

Entretien 5 : *« Déjà il faudrait informer que cette mallette existe... parce que vu que pendant toute notre formation on ne nous en parle pas il faudrait qu'on nous la fasse découvrir. »*

Entretien 6 : *« moi, je n'ai fait de la pédiatrie que sur le tas »*

Entretien 7 : *« Il faudrait qu'on soit sensibilisés à ça. »*

Entretien 8 : *« Oh lala... ça remonte à très longtemps ! On n'en parlait pas du tout, alors là même pas en rêve, non. »*

Entretien 9 : *« à la fac c'était essentiellement la boîte de Moatti et quelques ustensiles mais on ne nous expliquait pas comment ça fonctionnait. »*

Entretien 10 : *« honnêtement je lance au défi tout médecin généraliste qui te dit qu'à la fac qu'il a vraiment eu un cours sur le dépistage ... enfin moi les internes que je recevais ils n'en avaient jamais entendu parler. »*

Entretien 11 : *« mais en tout cas, ce que je peux dire c'est que je n'étais pas formée aux dépistages avant. »*

Temps de formation

Lorsque l'on évoque la formation, cinq médecins déclarent avoir peu de temps pour se former ou que les formations proposées étaient trop longues.

Entretien 1 : *« c'est compliqué de me former toute seule et il y a trop choses à gérer »*

Entretien 2 : *« ça m'a pris à peu près 15 heures, c'était vraiment très détaillé, le neuvième mois, deux ans et trois ans avec la mallette. [...] Et là, je ne me sens pas à l'aise, il faudrait que je revisionne tout encore une fois. »*

Entretien 7 : *« Il y a tellement de domaines où il faudrait s'investir, on n'est pas extensible à l'infini. »*

Entretien 9 : *« Les freins ? bah les freins c'est déjà mobiliser les gens à la formation, les vieux te disent « je suis à la fin de ma carrière », les jeunes te disent « je sais tout je sors de la fac », et ceux du*

milieu, ils travaillent comme des fous, ils ont la tête dans le guidon et ils disent je n'ai pas le temps de me former donc c'est compliqué, franchement ... le recrutement est compliqué. »

Entretien 11 : *« Oui alors ... moi je trouvais que c'était beaucoup trop long, et puis pendant l'épidémie de COVID ... »*

Formation non adaptée aux médecins généralistes

Un des médecins a cherché plusieurs formations pour apprendre à se servir de la mallette, la plupart des formations ont été jugées non adaptées aux médecins généralistes.

Entretien 2 : *« Le problème des formations souvent, c'est que ce n'est pas pratique, ça reste très magistral. » « Lors d'une formation normalement dédiée au médecin généraliste, le matin c'était un orthoptiste [...] je pense qu'ils ne peuvent pas nous aider parce qu'ils ne sont pas médecins généralistes, ils sont orthoptistes donc très vite ils vont rentrer dans leur domaine de spécialité qui est très pointu mais du coup qui n'est pas adapté à notre pratique à nous »*

Difficultés d'accès à la formation

Sur le sujet, peu de support de formation existent pour le moment ou difficiles à trouver pour les médecins interrogés.

Entretien 1 : *« je m'étais dit que je prendrais le temps, ça faisait partie de notre organisation préalable, un des médecins du cabinet, qui était assez axée sur la pédiatrie devait former les médecins du cabinet et ça ne s'est jamais fait, c'est compliqué de me former toute seule et il y a trop choses à gérer »*

Entretien 2 : *« Je suis tombée sur une formation en ligne, faite par un pédiatre qui avait fait une formation à Paris à laquelle j'avais failli aller mais ça ne s'est pas fait du fait des impératifs familiaux, c'est difficile pour moi de partir. » « Les supports sont difficiles à trouver. »*

Faible rentabilité des actes de prévention

Le médecin du neuvième entretien pointe le fait de la faible rentabilité des actes de prévention en règle générale par la sécurité sociale, ne participant pas à motiver les médecins à en faire.

« Tout ça pour dire que, je pense que le dépistage n'est pas assez valorisé, moi je trouve, et donc comme il n'est pas valorisé, il n'est pas systématique. »

Age des praticiens

Deux des médecins interrogés ont évoqué leur âge ou l'âge des praticiens en général comme un frein au dépistage mais surtout à la formation aux dépistages des troubles sensoriels.

Entretien 8 : « Bah moi à mon âge, j'ai 67 ans, je suis proche de la retraite, en septembre ... ça fait 42 ans que je travaille donc je ne vais pas m'équiper. »

Entretien 9 : « Les jeunes, je trouve que c'est dur de les motiver à venir, parce que j'ai le sentiment qu'ils ont cette croyance de tout savoir, d'avoir été très bien formés etc... ce qui n'est pas malheureusement pas toujours le cas et puis voilà les plus vieux c'est compliqué parce qu'ils te disent « j'ai fini ma carrière, pourquoi me former ? » et c'est dommage parce qu'en fait ils ont 60 ans mais bon ils vont travailler encore dix ans quand même, et ça ils en tiennent pas compte, ils se disent « ouais... c'est bon » et du coup ils font de la médecine qui est un peu décalée des fois mais bon... »

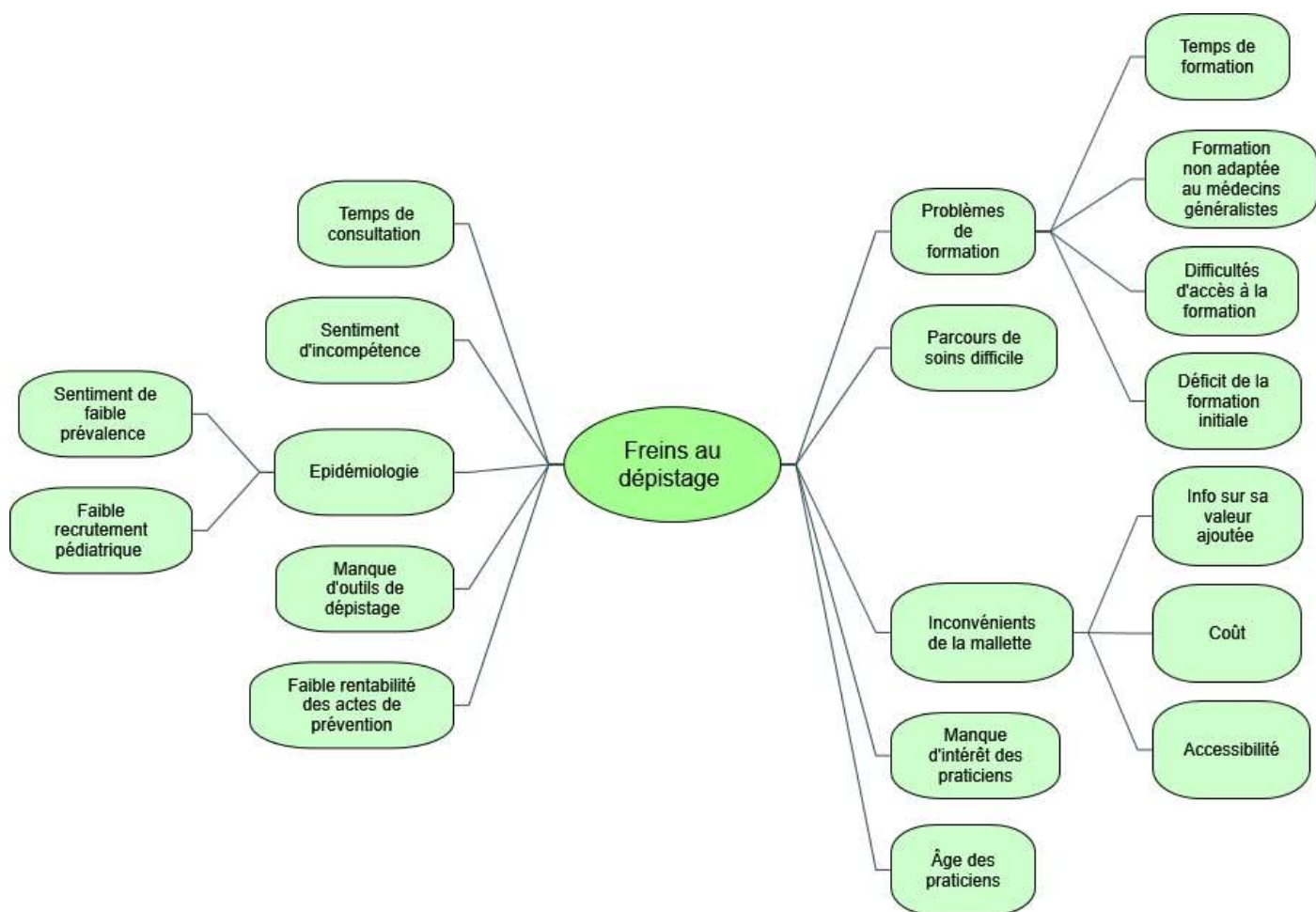


Figure 4 : Carte Mentale : Les freins au dépistage

Les éléments facilitants

Sentiment d'aisance au dépistage

Trois praticiens sur onze se sentaient plutôt à l'aise avec le dépistage des troubles sensoriels.

Entretien 1 : *« je pense que c'est un dépistage suffisamment efficace, peut-être »*

Entretien 3 : *« Rien je n'ai pas de difficultés »*

Entretien 5 : *« Je n'ai pas vraiment de difficultés »*

Rôle des tiers (parents, entourage)

Pour trois médecins, le rôle des parents mais aussi des intervenants dans la vie de l'enfant (assistante maternelle...) est essentiel dans le dépistage des troubles sensoriels chez l'enfant.

Entretien 4 : *« Pour moi il faut éduquer les parents, ce sont eux qui sont le plus en contact avec eux, la meilleure prévention c'est de passer par les parents pour les signes d'alerte. Nous, vu le temps imparti qu'on a on n'est pas les mieux placés pour ça ... »*

Entretien 8 : *« Disons qu'on y pense un peu plus à la crèche, parce qu'on l'a en remarque, parce que les filles qui sont à la crèche vivent avec les gamins donc s'il est mal ...enfin, on dépiste pas mal de choses en fait »*

Entretien 10 : *« Et, je me suis dit, comme ils le font bien à l'école. En fait, quand je vois que ç'a été fait dans le carnet de santé, je me dis que c'est bon »*

Dépistage à la naissance

Le dépistage fait à la naissance a été évoqué par trois médecins comme un élément aidant au dépistage des troubles auditifs sévères, le fait qu'ils aient été faits à la naissance est vérifié par les médecins. Par ailleurs, le fait que le dépistage soit fait à la naissance est nécessaire mais apparaît comme faussement suffisant.

Entretien 1 : *« ils sont tous déjà dépisté à la naissance »*

Entretien 3 : *« déjà je vérifie que la plupart des enfants qui sortent de l'hôpital de Grasse ou d'Antibes, ils ont eu le dépistage à la naissance, ce qui n'était pas le cas avant. »*

Entretien 11 : *« Bon... c'est vrai que maintenant il y a un dépistage auditif à la naissance qui est systématique, c'est déjà une très bonne chose »*

Cotation des actes

Les cotations des actes de dépistage des troubles auditifs par sensory baby test et du test de Lang sont un élément facilitant le dépistage d'après un des médecins.

Entretien 11 : « *Ce qui est bien c'est la cotation qui existe et qui est intéressante pour le médecin, ce n'est pas que 25 euros c'est un point positif mais comme je dis il faut en faire beaucoup je pense pour être à l'aise parfaitement et voilà.* »

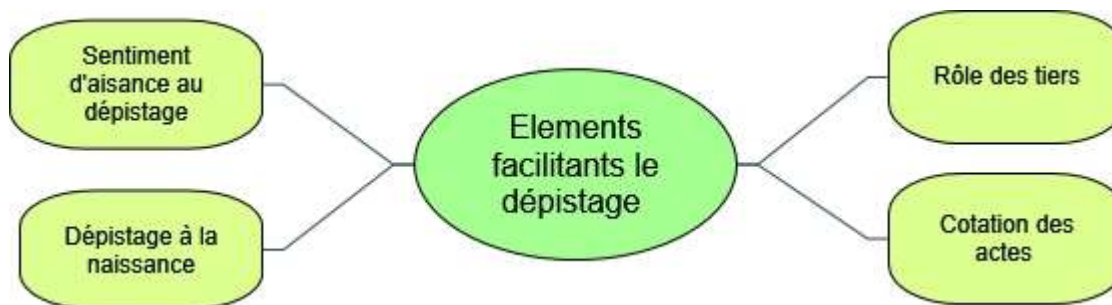


Figure 5 : Carte mentale : Eléments facilitants le dépistage

Les pistes d'amélioration

Revalorisation des actes de prévention

Entretien 9 : *« quoi faire ? une meilleure revalorisation de l'acte ! [...] Et c'est là qu'on a du mal à motiver les gens à se syndiquer, peu importe le syndicat, moi c'est MG France, mais en fait, moi je m'en fous, quelle que soit la tendance de chaque médecin, ce n'est pas pour dire « mon syndicat est meilleur que l'autre » mais il faut se syndiquer pour défendre les revalorisations. »*

Prise en charge à 100%

Entretien 11 : *« Le petit frein c'est quand même pour les gens qui ont peu de moyens ça oblige quand même à avancer et ce n'est pas donné quand même ces tests ! ce n'est pas pris en charge à 100 %, il y a un remboursement secondaire mais les gens doivent payer quand même le reste. »*

Formation vidéo

Entretien 1 : *« une application ou plutôt sous la forme de tuto comme sur YouTube, des petites vidéos pratiques »*

Entretien 2 : *« Pour moi ça reste la vidéo, même si j'aimerais beaucoup aller à une formation en présentiel ne serait-ce que pour asseoir mes connaissances mais je trouve que pour une première fois la vidéo c'est vraiment pas mal, j'ai pu la faire à mon rythme. »*

Entretien 5 : *« pourquoi pas des petites vidéos et montrer un pédiatre qui nous montre en consultation l'intérêt, la méthode sur la motricité, la vision et l'audition etc... »*

« Une vidéo, moi j'aime bien les vidéos, style tutos et avec les conduites à tenir pour après parce que moi j'envoie chez le pédiatre, l'ORL et l'ophtalmo mais est-ce qu'il faudrait reconstrôler ? ce serait bien qu'il y ait la conduite à tenir. »

« Une vidéo complète avec maximum 30 min pour que ça rentre dans une vidéo de médecine générale »

Entretien 6 : *« Ah bah moi je pense que maintenant vu l'extension de toutes les images vidéo, je pense qu'une vidéo ce serait pas mal, tout le matériel comme l'EKG j'ai appris à le manier avec une petite vidéo. Après une formation de deux heures dédiées, par un spécialiste, un pédiatre sensibilisé au dépistage audio et ophtalmo, ce serait pas mal aussi. »*

Formation en présentiel

Entretien 4 : *« Pour moi c'est toujours du présentiel, je veux de l'humain, de l'échange, je ne veux pas de formation sur ordinateur, j'ai besoin d'avoir un interlocuteur direct, sinon c'est moins interactif »*

Entretien 7 : « *Moi je suis un grand fervent du présentiel parce que rien ne vaut le contact. De mon point de vue, le non présentiel les gens ils bâclent ça, clac quelques clics. »*

Entretien 8 : « *Je préfère le présentiel, la vidéo je n'aime pas trop.... Je dois faire une formation vidéo pour le statut maitre de stage là ... il va falloir que je m'y mette, que je m'habitue à la vidéo mais ça ne m'emballe pas plus que ça. En présentiel, ça permet de manipuler le matériel, c'est plus pratique quoi ! »*

Entretien 9 : « *Moi je préfère le présentiel, je n'aime pas trop la vidéo... Pourquoi ? parce qu'en fait tu as le non verbal qui est important, et tu sens ... quand tu es l'enseignant, tu sens comment le groupe avance, et quand tu es formé, le fait de partager avec les autres, c'est important de ne pas être le seul à être dans la galère et ne pas faire les choses comme on devrait les faire et tu as les mêmes contraintes que les autres »*

Entretien 11 : « *Les vidéos ... c'est très bien mais ça reste des vidéos, on n'est pas actifs, je pense que pour maîtriser quelque chose il faut manipuler et si on peut être secondé d'un expert qui valide ou pas la façon dont on fait les choses, déjà ça nous rassure, on se dit qu'on fait bien, que ce n'est pas si compliqué que ça et on s'approprie bien plus rapidement les tests en fait. »*

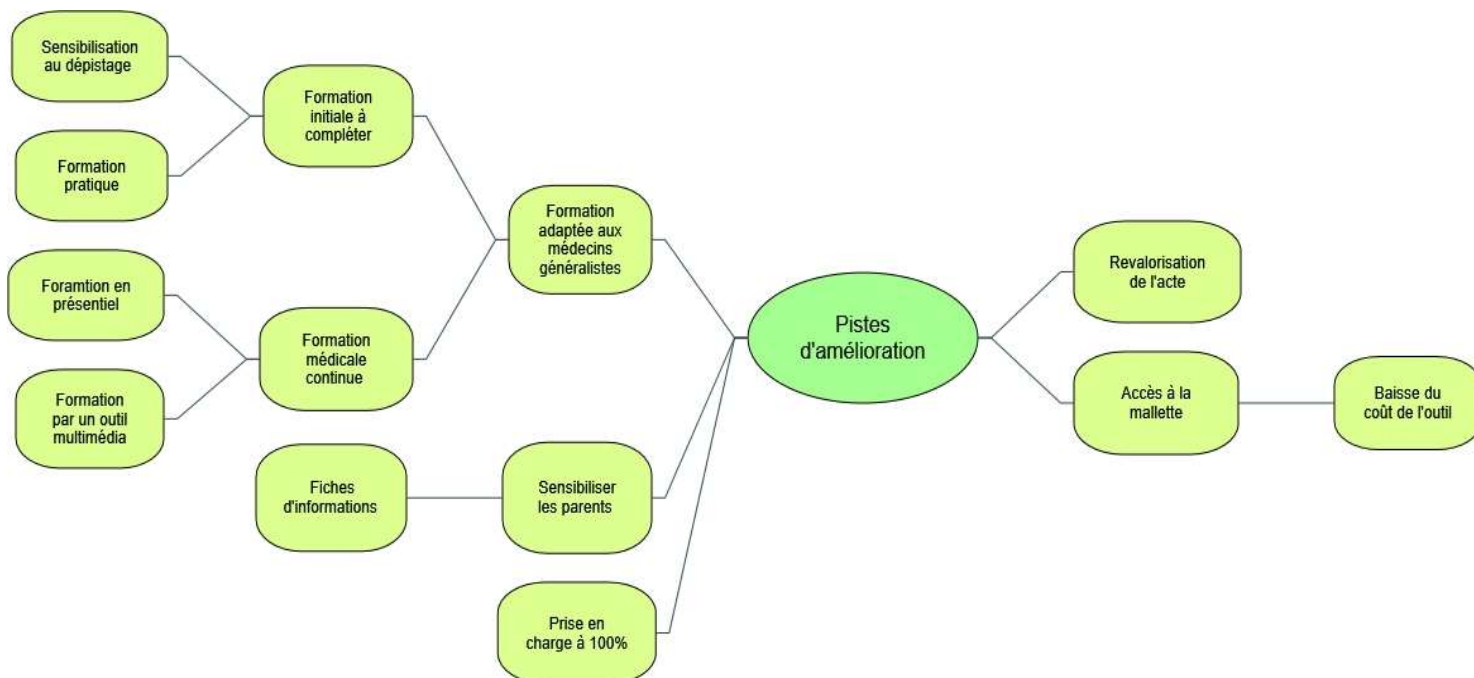


Figure 6 : Carte mentale : Pistes d'amélioration

4. Discussion

Validité interne

Intérêt de l'étude

Tout d'abord notre étude traite d'une prise en charge au cœur de l'actualité du fait du changement de la démographie médicale, de la baisse des pédiatres libéraux et du projet de l'assurance maladie de 2015 proposant la déclaration d'un médecin traitant pour les enfants. Ces facteurs orientent de ce fait le suivi des nourrissons vers les médecins généralistes. (24)

Dans notre revue de littérature, les études menées sur le dépistage des troubles sensoriels datent de 2004, 2010 et aucune d'entre elles ne parle de la mallette sensory baby.

Dans la thèse de Mme Caillaud en 2004 visant à recueillir le ressenti des médecins généralistes sur le dépistage des troubles auditifs et visuels chez l'enfant d'âge pré scolaire, elle concluait sur la nécessité de sensibiliser et former les médecins généralistes.

Une seule vidéo existe, produite par le pédiatre Dr Buisson qui est aussi le créateur de la mallette sensory baby, la vidéo explique l'examen clinique de suivi du 9^e, 24^e et 36^e mois mais dure neuf heures en moyenne. Aucune autre vidéo n'existe sur ce thème en résumant les examens de dépistages des troubles audiovisuels chez l'enfant d'âge pré scolaire.

Points forts méthodologiques

La méthode qualitative se prêtait très bien au recueil des opinions, des expériences de chacun des praticiens interrogés. Nous avons réalisé neuf premiers entretiens au cours desquels nous étions déjà à saturation des données puis deux pour confirmer la saturation des données.

L'entretien individuel en présentiel était pertinent, permettant également d'analyser le non verbal. Il a été plus difficile au niveau du recrutement avec la période de confinement et à l'épidémie de Covid-19.

Le guide d'entretien a évolué entre le premier et le dernier entretien et ce sur plusieurs plans. Il a été rajouté sur le plan épidémiologique les données sur la proportion d'enfants dans la patientèle, les diplômes complémentaires, le mode d'installation ainsi que le fait d'être maître de stage universitaire.

Les entretiens ont été analysés par le logiciel NVIVO® ce qui a permis une analyse plus globale sur les différents entretiens mais aussi de faire une carte mentale pour visualiser les différents freins et pistes d'amélioration abordés.

Les biais et les difficultés de l'étude

Biais de sélection

Dans un premier temps, le recrutement est soumis à un biais de sélection.

En effet, les premiers médecins à avoir répondu de manière positive au mail pour les entretiens sont des médecins que je connais sur le plan personnel et professionnel.

A noter que notre panel ne comprenait que trois hommes pour huit femmes, soit environ 73%, peu représentatif du taux de féminisation de la profession, estimé à 48%, en médecine générale, en 2019. (41)

De plus, nous avons utilisé la liste des maîtres de stage universitaire. De ce fait, dans notre échantillon, huit médecins étaient MSU (maître de stage universitaire), ce qui n'est pas représentatif du pourcentage de MSU en France en 2019, 10736 MSU pour 101355 médecins généralistes soit 10.6% des médecins étaient MSU. (41,42)

Biais de formulation

Le premier guide d'entretien était soumis à un biais de formulation car les questions faisaient référence à un jugement de valeur. Il a été corrigé avec l'aide du directeur de thèse.

Les entretiens sont soumis, surtout pour les premiers entretiens, à un biais de subjectivité avec certaines de mes questions qui pouvaient orienter les médecins interrogés.

La retranscription des entretiens et leur relecture m'a permis de me rendre compte que j'interprétais les réponses des médecins surtout au début des entretiens étant peu à l'aise avec cet exercice. Au fur et à mesure, j'ai laissé plus de temps de parole aux médecins en essayant de relancer la conversation avec des questions ouvertes.

Biais de mémoire

Comme toute expérience s'intéressant au vécu, aux expériences passées, certaines situations de consultation ont pu être oubliées.

Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée uniquement par l'enquêteur, ce qui ne permet pas de diminuer le biais lié à la subjectivité de l'analyse. D'autant plus que l'objectif secondaire de la thèse était de créer une vidéo de formation, par conséquent l'analyse des freins étaient influencée par les objectifs secondaires.

Difficultés

Les entretiens ont dû s'arrêter pendant la période de confinement due à l'épidémie de Covid-19. Les entretiens après le confinement ont été effectués avec les mesures de distanciation sociale laissant moins de place au non verbal. De plus, le temps des médecins était d'autant plus compté et les entretiens ont donc été plus courts.

Présentation des freins au dépistages des troubles sensoriels chez l'enfant en âge pré scolaire

Problème lié à la formation

Les problèmes liés à la formation ont été référencés 34 fois par neuf praticiens sur onze. C'est le frein principal relevé par les entretiens, seuls deux médecins n'ont pas évoqué ce frein lors de l'entretien. Cela confirme l'étude menée en Charente Maritime en 2014 qui montrait déjà le sentiment d'un manque de formation chez les médecins.(14) Dans nos entretiens, le problème de formation étant plurifactoriels.

Neuf des médecins interrogés ont exprimé un manque de connaissance lié à un **déficit de formation initiale**. En effet, les médecins interrogés ne semblaient pas connaître le programme des items de l'Examen Classant National (ECN) aujourd'hui car ayant quitté le cursus, mais tous évoquent le fait de n'avoir jamais été formé aux dépistages que ce soit en tant qu'externe pour l'ECN ou pendant l'internat. Dans l'item 44 sur le suivi du nourrisson, le dépistage des troubles visuels est maintenant abordé avec l'interrogatoire mais également la liste des tests possibles en fonction des âges, sans pour autant expliquer comment les pratiquer, on ne note pas de description des tests auditifs possibles. Lors de l'internat, le stage de pédiatrie ne permet pas d'apprendre l'utilisation de ces tests, seul le stage en médecine générale, si le praticien est sensibilisé et formé, pourrait être un lieu de formation des internes au dépistage des troubles sensoriels. Après l'internat, dans le cadre d'une FMC, un des médecins interrogés a cherché longtemps une formation pouvant l'aider à maîtriser les tests de dépistages des troubles auditifs et visuels en médecine générale, ces formations étaient souvent effectuées par des spécialistes, elles n'étaient pas adaptées au modèle de consultation de médecine générale et était trop magistrale, pas assez pratico-pratique. Une formation par un médecin généraliste pourrait aider à sensibiliser les médecins généralistes en restant dans leur domaine de compétence.

Pour deux des onze médecins interrogés et s'étant déjà au préalable renseigné sur les formations, le **manque de ressource** sur ce sujet participe au manque de formation. Il existe pour autant des recommandations de la HAS sur le sujet du suivi de l'enfant de 28 jours à six ans(40) et sur

la prévention de l'amblyopie (20). Cependant, ces documents ne sont pas connus et ne traitent que partiellement du dépistage des troubles sensoriels chez l'enfant.

En 2009, le docteur Gilles Buisson, créateur de la mallette sensory baby, a écrit un chapitre, dans le livre de Pédiatrie ambulatoire, sur les examens systématiques du nourrisson du 9^e, 24^e et 36^e mois. Ce chapitre n'a été trouvé qu'après une longue revue de la littérature et est peu accessible.

Le Dr Gilles Buisson est aussi à l'initiative de la formation du suivi du nourrisson en e-learning du Collège des Hautes Etudes en Médecine (CHEM), cette dernière est très complète mais très peu connue et surtout très peu accessible, n'ayant été connue que lors d'un entretien avec un médecin ayant fait plusieurs formations de pédiatrie. Dans le cadre de cette thèse, j'ai suivi cette formation, qui s'est avérée être très exhaustive mais qui nécessite environ 15 heures pour pouvoir appréhender l'intégralité des notions abordées, ce qui nous semble beaucoup pour la formation en médecine générale, le médecin généraliste ne se formant que pour environ 5% de sa patientèle.

Le **temps de formation**, de maîtrise des outils, a été évoqué par cinq des praticiens, ce qui confirme les données de la thèse sur l'impact d'une FMC sur le dépistage des troubles visuels et comme frein le manque de maîtrise et le temps nécessaire à la maîtrise des tests de dépistage. (32)

Temps de consultation

Le **temps de consultation** apparait, dans notre étude, comme étant un frein majeur au dépistage des troubles sensoriels, il a été cité par dix médecins sur onze. Une étude de l'INSERM confirme qu'un temps de consultation supérieur à 15 minutes étaient associé à un meilleur dépistage notamment des troubles visuels. (30) Cependant, dans une thèse ayant interrogé des médecins après une formation médicale sur le dépistage des troubles visuels, seulement un cinquième de l'échantillon trouvaient la durée de l'examen trop longue. (32) Le frein sur le temps de consultation pourrait alors plutôt être lié à un manque de connaissance sur le temps réellement passé sur le dépistage des troubles sensoriels et sur le temps lié à la maîtrise des outils, plus chronophage que l'utilisation des outils eux-mêmes.

Inconvénients de la mallette sensory baby

Malgré une revue de la littérature approfondie, je n'ai trouvé aucune étude sur la **validité de la mallette sensory baby** comme outil de dépistage des troubles sensoriels. Avant l'investissement dans cet outil, trois médecins sur onze estiment que l'outil devrait être validé pour connaître son réel impact sur le dépistage des troubles sensoriels chez l'enfant. Par ailleurs, la majorité des médecins interrogés (63%) trouvent la **mallette trop chère** (505 euros pour la mallette complète), le frein financier avait déjà été évoqué lors d'une étude d'entretiens de médecins en 2014, mais ils avaient

étudié surtout le rapport temps de consultation / rémunération de l'acte, sans évoquer la mallette.(14)

Six médecins sur onze interrogés ont investi dans la mallette, mais sur les six médecins interrogés seul un médecin utilisait la mallette de manière systématique et un médecin avait la mallette disponible dans le cabinet de groupe mais ne le savait pas. Pour deux de ces médecins, une des explications données est **l'accessibilité de l'outil**, c'est-à-dire que pour y penser, la mallette doit être posée près du médecin, ouverte avec l'intégralité des outils à disposition, ce qui n'est pas toujours le cas, surtout dans les cabinets de groupe.

Faible rentabilité des actes de prévention

En parallèle du coût de la mallette, la **rémunération de l'acte**, notamment le fait que les actes « curatifs » soient mieux rémunérés que les actes de prévention, pèse également dans la balance. En effet, le temps estimé à faire de la prévention et la cotation dédiée peut être jugée insuffisante comparée aux actes de consultations plus basiques comme les consultations d'infectiologie.

Faible recrutement de patientèle pédiatrique

Dans notre échantillon, les médecins généralistes ont en moyenne 5.8% d'enfants de moins de six ans. Lorsqu'il faut choisir une formation, les médecins sont moins tentés de changer leurs habitudes du fait de leur **faible recrutement pédiatrique**.

Sentiment de faible prévalence des troubles sensoriels

Dans notre étude, les médecins avaient peu de connaissance sur la prévalence des troubles sensoriels chez les enfants, ils estimaient la prévalence des troubles sensoriels faible, surtout avant l'âge de deux ans et d'autant plus que les enfants sont maintenant tous vaccinés par le PREVENAR.

Sentiment d'incompétence

Seuls 3 médecins interrogés avaient le sentiment d'être à l'aise dans le dépistage des troubles sensoriels, l'un l'expliquait par l'orientation systématique à trois et six ans vers l'ophtalmologiste et l'ORL, les deux autres médecins s'étaient formés à la mallette juste avant l'entretien. Ce résultat va à l'encontre d'une étude de l'INSERM en 2004, où relativement peu de médecins se sentaient insuffisamment formés ou rencontraient des difficultés.(31)

Parcours de soin difficile et la compliance parentale

Le parcours de soin tel qu'il est actuellement représente une difficulté supplémentaire au dépistage des troubles sensoriels chez l'enfant pour un tiers des médecins interrogés. Dans la thèse de Mme

Caillaud, les médecins évoquaient surtout un recours difficile au spécialiste et une collaboration difficile avec les pédiatres et les PMI.(14) Dans notre étude, ce sont surtout le nomadisme médical qui est pointé du doigt, l'absence de suivi dans le carnet de santé car non présenté lors de la consultation, l'absence de suivi par un même médecin et le manque de médecins au niveau des PMI qui n'arrivent plus à remplir leur rôle.

Age des praticiens

En France, en 2019, l'âge moyen des médecins généralistes était de 50 ans.(41) Deux médecins ont évoqué l'âge comme frein, le premier médecin a l'évoqué est proche de la retraite et ne se voit pas faire une formation, elle l'explique par le fait que les enfants sont suivis par des médecins plus jeunes, la patientèle vieillissant avec le médecin. Le deuxième médecin ne parle pas de son âge mais de l'âge des autres médecins, les plus jeunes sont motivés mais tentés de penser que, sortant de la fac, ils savent déjà, ont des connaissances à jour, les plus âgés, eux, n'ont plus envie de se former et les médecins d'âge moyen sont débordés par leur activité au cabinet.

Présentation des éléments facilitants le dépistage

Sentiment d'aisance au dépistage

Les médecins à l'aise avec les tests de dépistage avaient plus tendance à les pratiquer, même si l'un d'entre eux orientait systématiquement chez l'ophtalmologiste et l'ORL avant trois et six ans.

Le fait d'avoir un spécialiste accessible, de pouvoir déléguer le dépistage facilement permet aux médecins généralistes de se rassurer sur la présence ou non de troubles sensoriels. Cependant, compte tenu de la démographie médicale chez les spécialistes (on note par exemple une densité moyenne nationale de 8,8 ophtalmologistes pour 100 000 habitant)(28), et afin que ces derniers puissent rester une ressource mobilisable, le recours systématique ne semble pas être une solution pérenne. Par ailleurs, l'étude de l'INSERM en 2002, a conclu que les ophtalmologistes étaient trop peu nombreux pour assurer le dépistage des troubles visuels chez les enfants. (15)

Rôle des tiers et du dépistage à la naissance

On a vu que la présence de signes d'appel ou de facteurs de risques sont des éléments majeurs nécessitant une consultation spécialisée. Les parents et l'entourage, tel que les assistantes maternelles en crèche, les professeurs à l'école, la maternité avec le dépistage à la naissance, sont des éléments majeurs, aidant le dépistage des troubles, ce qui confirme l'étude menée, précédemment citée.(14) Cependant, notre étude montre, de la part des médecins généralistes déléguant le dépistage, une confiance presque absolue dans le réseau spécialisé, entre autre dans le dépistage à la naissance mais aussi le suivi spécialisé. Or, les réseaux sentinelles de l'INSERM

montrent que la majeure partie des enfants dépistés étaient déjà connus des médecins et que le suivi de l'enfant par son médecin rend plus aisé le dépistage. (31)

Cotation des actes

La cotation dédiée pour le dépistage de surdité n'est valable que si le test est pratiqué avant l'âge de trois ans, on cote l'acte ainsi : CDRP002 = 48.51 euros.

Celle dédiée au dépistage des troubles visuels (test de Lang II) se cote : BLQP010 = 25.32 euros, il n'y a aucune limite d'âge pour cette cotation.

Si on associe les deux cotations, on applique une décote de 50% sur le deuxième acte CDRP002 + ½ BLQP010 = 61.17 euros.

Cette cotation est citée comme un élément facilitant même si un seul des praticiens interrogés n'a pratiqué cette cotation lors du suivi des nourrissons. Les autres praticiens jugeant leur dépistage pas encore assez au point pour pouvoir coter l'acte. (43,44)

Pistes d'amélioration

Revalorisation des actes de prévention

La revalorisation des actes de prévention a débuté par la création d'une cotation dédiée, une prise en charge de l'outil avec un engagement des caisses là-dessus pourrait également aider les praticiens à utiliser les outils appropriés.

Prise en charge à 100%

Cette consultation est prise en charge par la sécurité sociale, mais ne bénéficie pas du tiers payant. Pour les familles de patients les moins aisés, avancer les soins à hauteur de 52.89 euros peut être un frein pour les parents, une prise en charge à 100% de l'acte comme pour les mammographies ou les tests hémocults, par la forme d'un bon reçu par les familles pourrait lever le frein financier pour les parents et sensibiliser les parents au dépistage.

Formation en présentiel

Notre étude n'évalue pas les connaissances des médecins généralistes, ce n'était pas le but de l'étude, néanmoins, notre étude a montré que les médecins ont un manque de connaissances sur le dépistage des troubles sensoriels. Les différents participants de notre étude soulignent le manque de sensibilisation et de ressources nécessaires à la formation, on note que lorsque les praticiens sont interrogés sur le vecteur de la formation, cinq médecins sur onze préfèrent une formation en présentiel afin de pouvoir interagir plus facilement avec l'expert et manipuler l'outil. Les praticiens

parlent du déficit de formation initiale, on pourrait imaginer une formation auprès des internes en stage chez le praticien de niveau 1 ou en pédiatrie comme un moyen de formation à promouvoir.

Dans un premier temps, le 26 janvier 2021, nous interviendrons auprès de médecins généralistes libéraux dans le cadre d'un DPC (développement professionnel continu).

Formation vidéo

En ce qui concerne le reste du panel, cinq médecins apprécient les formations vidéo, permettant de revenir plusieurs fois sur les notions abordées, enfin, un médecin a déclaré ne pas avoir besoin de formation. A noter que la période des entretiens avec les médecins a été marquée par le confinement et l'épidémie de Covid-19, dans ce contexte de mesures barrières, nous avons choisi de privilégier dans un premier temps la formation vidéo. Des vidéos montrant l'utilisation des différents outils de la trousse concernant le dépistage des troubles sensoriels ont été tournées en juillet 2020, d'une durée de quelques minutes chacune, afin qu'elles puissent être visionnées rapidement et pour montrer que les tests sont intégrables dans une consultation de médecine générale.

Il conviendrait maintenant d'évaluer l'efficacité de l'outil de formation en évaluant les changements de pratiques éventuels six mois après la formation.

5. Conclusion

Le dépistage des troubles auditifs et visuels est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique du fait de la prévalence et de la nécessité d'une prise en charge précoce.

Notre étude a permis de recueillir le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, nous avons énuméré les freins puis proposé des pistes d'améliorations.

Le frein principal est le manque de connaissances sur ce domaine, ce manque de formation et d'information gêne le dépistage à différents niveaux : la notion de temps à consacrer en consultation, les outils à utiliser et la façon dont on doit les utiliser.

La majorité des médecins se sont dit peu sensibilisés à la prévalence des troubles sensoriels, à l'existence de la mallette sensorybaby pour certains mais aussi et surtout l'impact de l'utilisation de la mallette sensorybaby sur l'efficacité du dépistage.

La faible rentabilité de ces actes de prévention, comparé au prix de la mallette sensory baby et donc l'investissement nécessaire peut être compensée par la diffusion de l'information sur l'existence de la cotation des deux actes pouvant être combinés, la prise en charge à 100% pourrait être une aide supplémentaire.

La création des vidéos capsules sur les différents tests possibles en consultation pourraient permettre de lever le frein sur le temps de consultation, les vidéos étant de courte durée, cela montre que les tests sont tout à fait réalisables en médecine générale, de plus, elles pourront être visionnées au domicile ou en consultation. Une évaluation des pratiques six mois après la formation en présentiel sera nécessaire.

6. Bibliographie

1. Colineau-Méneau A, Neveur M-A, Beucher A, Hitoto H, Dagonne C, Dubin J, et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. [Angers]; 2008.
2. Catalan A. Proposition d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans: étude qualitative auprès des pédiatres et des généralistes du Vaucluse. 2018.
3. Beley G, Buisson G, Dehetre A, Dupont AC, Foucault C, François M. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant. Société française de pédiatrie; 2009.
4. INSERM. Troubles de l'audition / Surdités. 2017.
5. Pouillon M, Darmon D. Dépistage des troubles auditifs de l'enfant de 6 mois à 4 ans en cabinet de médecine générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 29 juin 2019;(146):378-82.
6. Lina Granade G, Truy E. Conduite à tenir devant une surdité de l'enfant. 2005;
7. Chays A, Labrousse M, Dubernard X. Épidémiologie et dépistage de la surdité de l'enfant. Rev Prat. oct 2018;68(8):857-61.
8. Petit Carrié S, Salamon M, Maurice Tison S. Les bilans de santé des enfants de 3 à 4 ans: résultats des dépistages réalisés en 1999 par les médecins du service de protection maternelle et infantile de Gironde.
9. Kumar A, Dhanda R. The identification and management of deaf children. Indian J Pediatr. déc 1997;64(6):785-92.
10. Cao-Nguyen MH, Guyot J, Boucherie S, Pichon L. Bénéfice d'un dépistage systématique de la surdité chez l'enfant en âge scolaire - Revue Médicale Suisse. Rev Med Suisse. 2013;9:1780-4.
11. Kolski C. Dépistage d'une surdité au cabinet chez l'enfant de moins de deux ans. Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale. 1 sept 2014;131(4):249-51.
12. Leuci Huberman V. Dépistage auditif: les premiers signes chez l'enfant: enquête auprès de 94 familles et 101 médecins généralistes francs-comtois. [Besançon]; 2007.
13. Roussey M, Godey B, Charlin J-F, De Parscau L, Marianovsky R, Cochener B. Protocole d'examen systématiques des enfants de 9,24 et 36-mois. 2006.
14. Gérard A, Joseph A, Benoît B, René-Jean B, Frank B, Christophe B, et al. dépistage des troubles visuels et auditifs en médecine générale thèse. [Poitiers]; 2014.
15. Arnaud C, Bursztyn J, Charlier J, Defoort-Dhellemmes S, Kaplan J, Gargasson J-FL, et al. Déficiences visuelles : dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. 2002.
16. Dureau P, Caputo G. Amblyopie chez l'enfant. EMC - Pédiatrie. 1 août 2004;1(3):271-80.
17. INSERM. Santé de l'enfant: propositions pour un meilleur suivi. 2009.
18. INSERM. Organisation et réalisation des examens de santé chez le jeune enfant en France. 2009.

19. pédiatrie S canadienne de. Le dépistage des troubles de la vue chez les nourrissons, les enfants et les adolescents | Société canadienne de pédiatrie.
20. Geffrier C, Dosquet P. Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir de l'amblyopie. Rapport HAS; 2002.
21. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. :8.
22. CNAMTS. Point de conjoncture n°7 : La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans . 2002.
23. Vacarie M. Repérage des troubles visuels chez l'enfant: aspects réglementaires. INSERM; 2002.
24. Cassol É. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois: étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine. [Bordeaux]: Bordeaux; 2015.
25. Bocquet A, Chalumeau M, Bollotte D, Escano G, Langue J, Virey B. Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie. Arch Pédiatrie. déc 2005;12(12):1688-96.
26. Fanello S, Hassani A, Meunier B, Dagonne C, Parot E. Consultation du nourrisson en PMI: enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français. 2007.
27. INSEE. Bilan démographique national 2018.
28. DREES. Chiffres clés : Ophtalmologue.
29. DREES. Chiffres clés : Oto-rhino-laryngologue.
30. Bois C, Binot MC, Jonqua F, Mouret MF, Guillemot G, Bremond-Gignac D. Dépistage précoce des troubles visuels : expérience du service départemental de la Protection maternelle et infantile dans les Hauts-de-Seine. J Fr Ophtalmol. 1 nov 2009;32(9):629-39.
31. Flahault PA. Dépistage des déficiences de l'enfant en médecine générale. INSERM; 2004.
32. Bonneau E. Dépistage visuel précoce chez l'enfant de moins de 3 ans : impact d'une FMC sur la pratique et la faisabilité des tests de dépistage visuel en médecine générale. [Paris]: Paris 7; 2010.
33. Goulard E, Lotout F. Pratique des médecin généralistes, maitres de stage universitaires de la faculté d'Angers, concernant les dépistages des troubles auditifs et visuels de l'enfant jusqu'à 6 ans. [Thèse d'exercice]. 2018.
34. Delamarche A. Pratique du dépistage auditif chez l'enfant par les médecins généralistes d'Ille et Vilaine lors des certificats obligatoires du 9ème et du 24ème mois. 2016.
35. Saguet P, Lux A-L, Denion G, Denion E. Iconography : Les items d'ophtalmologie du carnet de santé sont-ils réalistes ? - EM|consulte. Vol. 23. 2016. 14-20 p.

36. Duburcq A, Courouve L, Vanhaevernek N. Rapport sur l'évaluation du carnet de sante de l'enfant aupres des professionnels. 2010.
37. François M. Dépistage de la surdité chez l'enfant. EMC - Oto-Rhino-Laryngol. mai 2019;14(2):1-9.
38. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire - Chapitre 2. Doin - John Libbey Eurotext; 2014. 468 p.
39. Guillemet J-M, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. J Pédiatrie Puériculture. 1 juin 2010;23(3):125-30.
40. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Haute Autorité de Santé. 2005.
41. DREES. Chiffres clés : Médecin généraliste.
42. CP CNGE - L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4e année du DES de médecine générale - Avril 2019.
43. FMC dinan. Dépister les troubles visuels et auditifs de l'enfant .Nomenclature CCAM.
44. MG France. Cotation du « Sensory Baby test ».

7. Annexes :

Annexe 1 :

Guide d'entretien semi dirigé :

I. Données épidémiologiques, caractéristiques des médecins interrogés :

- a. Age
- b. Sexe
- c. Date d'installation
- d. Lieu d'exercice (En milieu urbain, semi-rural ou rural)
- e. Formation complémentaire : DU, capacité, DESC...

II. Difficultés au dépistage

- a. Quelle est la proportion d'enfants de moins de 2 ans dans votre patientèle ?
- b. Plusieurs études montrent que les médecins généralistes ne sont pas très efficaces en termes de dépistage de troubles audiovisuels chez l'enfant, pourquoi selon vous ?
 - i. Avez-vous déjà été sensibilisé à ce dépistage ?
- c. Comment procédez-vous au dépistage des troubles audio visuels ? Quels sont les obstacles à la pratique de ce dernier selon vous ?
- d. Quels outils utilisez-vous ?
- e. Estimez-vous avoir assez de temps pour pratiquer ce dépistage ?
- f. Avez-vous reçu une formation lors de vos études ou après concernant le dépistage des troubles audio visuels ?
- g. Connaissez-vous la mallette sensory baby ?
- h. Connaissez-vous la cotation dédiée au dépistage ?
- i. Dernière question : une vidéo explicative de l'utilisation de la mallette vous aiderait elle à améliorer votre dépistage ?

Annexe 2 :

Guide d'entretien semi dirigé :

Présentation de l'étude

Caractéristiques des médecins interrogés :

Age

Sexe

Date d'installation

Lieu d'exercice

Modalité d'exercice :

Cabinet de groupe ou médecin isolé ?

Exercice autre que le libéral ?

Formation complémentaire :

Êtes-vous MSU ?

Quelle est la proportion d'enfants de moins de 16 ans dans votre patientèle ?

Modalités des consultations dédiées au dépistage

Consultation de suivi de l'enfant :

Plage horaire consacrée ?

Avec ou sans rendez-vous ?

Temps des consultations de suivi ?

Fréquence des consultations de suivi ?

Procédez-vous au dépistage des troubles audio visuels ?

[Précision] Si oui, comment procédez-vous ? examen clinique, trame de consultation typique suivie, aide du carnet de santé ou autre (site internet, fiches techniques...) ?

Qu'est-ce qui vous pose le plus de difficultés dans ces consultations ?

Quel matériel spécifique pédiatrique est utilisé en consultation de suivi ?

Avis sur la mallette sensorybaby (la connaissez-vous ? avis sur la mallette ?) La cotation dédiée au dépistage ?

Plusieurs études montrent un déficit en termes de dépistage de troubles audiovisuels chez l'enfant, comment pourriez-vous l'expliquer ?

Avez-vous déjà été sensibilisé à ce dépistage ?

[Précision] Si oui, par quel moyen ? (Vidéo, lecture d'article, FMC...)

Pistes d'amélioration :

Seriez-vous intéressé par un outil de formation ?

[Précision] Si oui, quel support de formation préféreriez-vous ? (Revue médicale, outil multimédia, séminaire...)

Si une vidéo venait à être créée, comment verriez-vous cette vidéo afin qu'elle soit la plus utile possible à votre pratique ?

Selon vous, que pourrions-nous faire pour améliorer la prise en charge des enfants dans le cadre de ce dépistage ?

8. Résumé

Introduction : Les troubles visuels et auditifs de l'enfant sont relativement fréquents. Un déficit visuel ou auditif, quel que soit sa nature ou sa gravité, est susceptible d'affecter le bon développement de l'enfant. Le traitement de ces troubles est d'autant plus efficace qu'il est précoce, justifiant un dépistage des troubles sensoriels le plus tôt possible.

Matériel et méthode : Au cours de notre étude qualitative auprès de onze médecins généralistes des Alpes maritimes, nous avons pu recueillir, par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés, le ressenti des médecins sur le dépistage des troubles auditifs et visuels afin de proposer des pistes d'améliorations.

Résultats : Notre étude a permis de montrer que le frein principal au dépistage est le manque de connaissances et de formations à ce sujet. Les médecins interrogés ont le sentiment qu'il faut un temps important à consacrer en consultation. De plus, concernant les outils à utiliser, la mallette sensorybaby n'est pas connue par tous les médecins et lorsqu'elle est connue, les outils ne sont pas maîtrisés.

Discussion : Le repérage de ces freins principaux a permis de proposer des pistes d'améliorations. Le sentiment de faible rentabilité des actes de prévention comparé au coût élevé de la mallette sensory baby pourrait être compensée par la diffusion de l'information sur l'existence de la cotation des 2 actes pouvant être combinés, la prise en charge à 100% pourrait être une aide supplémentaire.

Le frein principal étant le manque de formation, nous avons pu créer un outil de formation. La diffusion de vidéos capsules d'une durée de quelques minutes sur les différents tests possibles en consultation pourrait permettre de lever l'appréhension du temps de consultation mais aussi de formation, les vidéos étant de courte durée, cela montre que les tests sont tout à fait réalisables en médecine générale, de plus, elles pourront être visionnées au domicile ou en consultation. La formation en présentiel le 26 janvier 2021 nous permettra une mise en application des outils avec présentation de la mallette. Il conviendrait ensuite d'évaluer l'efficacité des différents outils de formation en évaluant les changements de pratiques éventuels six mois après la formation.

Mots clés : mallette sensorybaby, dépistage, médecine générale, troubles sensoriels.