



HAL
open science

Applicabilité de l'échelle M-ADBB par les médecins généralistes en soins primaires

Cécile Carel

► **To cite this version:**

Cécile Carel. Applicabilité de l'échelle M-ADBB par les médecins généralistes en soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03699933

HAL Id: dumas-03699933

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03699933>

Submitted on 22 Jun 2022

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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Cécile CAREL

le 14 avril 2022

***Applicabilité de l'échelle M-ADBB
par les médecins généralistes en soins primaires.***

Directrice de thèse : **Dr Isabelle SOUKSI**

JURY :

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs : Pr Bernard CLARY

Dr Isabelle SOUKSI

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Cécile CAREL

le 14 avril 2022

***Applicabilité de l'échelle M-ADBB
par les médecins généralistes en soins primaires.***

Directrice de thèse : **Dr Isabelle SOUKSI**

JURY :

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs : Pr Bernard CLARY

Dr Isabelle SOUKSI





Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINTE AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEAIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIER Jean Pierre

Professeurs Émérites

Docteurs Émérites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel	PRAT Dominique
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique		PUJOL Joseph
BLANC François	LE QUELLEC Alain		
BONAFE Alain	MARES Pierre		
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry		
BOURREL Gérard	MAURY Michèle		
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick		
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand		
COMBE Bernard	MONNIER Louis		
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges		
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian		
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy		
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean		
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François		
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles		
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques		
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain		
JONQUET Olivier	VOISIN Michel		

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre- Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Th bault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence

SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Échelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin Anatomie

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

COSSEE Mireille Génétique

GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
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
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh

AMOUROUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI El Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD J	GINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Héléne	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUSTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Héléne	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gil	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

Remerciements

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour vos conseils. Merci pour l'intérêt porté à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bernard CLARY, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Vous avez marqué mon internat à travers les GEPT et les cours, c'était toujours un plaisir de vous écouter, merci pour toutes les connaissances que vous nous transmettez. Merci pour votre attention portée à ce travail.

Madame le Docteur Isabelle SOUKSI, un immense merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour tout le temps que vous y avez accordé. Merci pour votre encadrement. Merci pour votre expérience de la pédiatrie et de la néonatalogie que vous m'avez partagée. Cette thèse m'a passionné, c'était un plaisir et un honneur de pouvoir travailler avec vous.

Monsieur le Professeur GUEDENEY, vous m'avez fait le grand honneur de contribuer à cette thèse. Merci pour vos précieux conseils. Merci pour l'aide à l'élaboration du "crash course". Merci pour les références de la littérature que vous m'avez partagées et pour celles dont vous êtes l'auteur et qui m'ont aussi aidé dans ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Au petit Cyril et à sa maman : Merci beaucoup d'avoir accepté de me laisser utiliser votre image pour illustrer les capacités relationnelles des nourrissons dans cette thèse. Je vous souhaite le meilleur.

A tous les médecins qui ont accepté de prendre part à cette étude : Merci pour le temps que vous m'avez accordé. J'ai eu beaucoup d'intérêt à vous écouter.

Aux secrétaires du réseau Périnatalité Occitanie et de la PMI du Vaucluse, ainsi qu'au Dr Chomy pour m'avoir aidé à organiser la présentation de l'échelle et les entretiens.

Au département de médecine générale de Montpellier : Merci pour la qualité des enseignements et votre implication dans l'organisation des stages afin que notre formation soit la meilleure. J'ai été très heureuse de faire mon internat avec l'université de Montpellier.

Merci aux Dr Clary, Dr Marie-Catherine Reboul et Dr Eric Patedoye qui ont animé les GEPT : pour votre écoute, vos conseils et votre capacité à nous faire prendre du recul et analyser.

Au SILR : Merci de défendre nos droits d'internes et de le faire si bien.

Aux docteurs Corinne Carrère, Pierre Abet et Eric Coué, mes premiers maîtres de stage : Merci de m'avoir accompagnée lors de mes premiers pas en médecine générale. Merci pour votre gentillesse et votre bienveillance.

Au service des urgences du CH de Perpignan : Merci aux médecins qui malgré un contexte de tension hospitalière étaient toujours présents pour nous superviser. Merci à l'équipe paramédicale qui était particulièrement extra.

Au service de pédiatrie du CH de Perpignan : Merci pour votre encadrement, pour ce stage intense et très formateur.

A la PMI des Pyrénées Orientales : Merci pour votre accueil. Et en particulier merci aux docteurs **Jeanne-Marie Noël, Catherine Fabre et Florence Kaspi** de m'avoir partagé votre expérience professionnelle. Et évidemment,

merci de m'avoir donné l'opportunité de suivre la formation ADBB.

Au SMIT et au service de gériatrie du CHU de Nîmes : Merci pour vos enseignements de cette belle médecine. Et merci aux chefs de gériatrie de m'avoir soutenue lorsque je commençais à m'épuiser.

Aux docteurs Guy PASCAL et Patrick DOAT : Merci pour votre gentillesse. Merci pour votre expérience partagée et d'avoir contribué à mon épanouissement dans cette profession.

Au Dr Jacques LIETTA : Merci de m'avoir chaleureusement ouvert la porte de votre cabinet de dermatologie et pour tout ce que vous m'avez appris. Merci pour les avis que vous nous partagez toujours aujourd'hui.

Aux docteurs Suzanne Ordemann et Omar Moukadem ainsi qu'au service de gynécologie-obstétrique du CH de Perpignan : Merci pour cette immersion au cœur votre belle spécialité, merci pour votre considération.

À la faculté de médecine de Bordeaux et à son CHU : Merci de m'avoir enseigné la médecine. Merci aux différents services qui m'ont accueillie en stage durant l'externat et aux internes qui nous tutoraient.

A la faculté de médecine de Pécs en Hongrie : Merci de m'avoir donné cette opportunité internationale et très enrichissante. Merci pour la pointure des cours d'anatomie en laboratoire que l'on n'a pas en France.

A mes instituteurs et professeurs des écoles maternelles, de l'école Pasteur, du collège Chante Cigale et du lycée Grand Air : merci pour l'apprentissage des fondamentaux et l'accompagnement dans le développement de soi.

A mes parents : Merci pour cette belle vie que vous m'avez donnée. Merci pour votre amour, pour votre soutien sans faille. Merci pour tout ce que vous nous avez transmis. MERCI infiniment !!!

A mon frère Ian, l'unique, le précieux. C'était un bonheur de grandir ensemble. Merci d'être éternellement là. Et merci à Esther d'être entrée dans la famille !

A mes quatre grands-parents, mes racines, qui chacun dans sa singularité représente pour moi un exemple à suivre. Merci pour tout votre amour et toutes vos attentions.

A mes cousins. A ma cousine Amélie : Merci pour tous ces moments de joie et de folie que l'on partage depuis toujours. Merci d'être toujours présente, pour ton écoute et tes conseils bienveillants.

A mes oncles et tantes, et notamment Agnès pour avoir partagé ton expérience de psychiatre pour m'aider lorsque je préparais le "certificat de synthèse clinique et thérapeutique".

A Marie-Claire, un modèle : Merci pour mon premier tensiomètre, mon stéthoscope et l'abonnement à Prescrire. Pour l'après-midi passée à m'expliquer les échographies cardiaques. Et merci pour ton rire qui a bercé mon enfance de joie !

A ma marraine Julie : Merci d'avoir accepté d'endosser ce rôle et d'avoir veillé sur moi ! Et merci pour les références bibliographiques que tu m'as conseillées afin de m'aider à réaliser cette étude qualitative.

A Benjamin, mon amour, mon inséparable qui m'a accompagné jusqu'à aller passer des week-end dans la campagne perdue lorsque j'y étais de garde. Sacrée preuve d'amour ! Merci de prendre soin de moi. La vie est encore plus belle à tes côtés.

Et merci à ma belle famille de m'accueillir parmi eux si chaleureusement.

Merci à mes amis d'enfance et d'adolescence, qui sont des piliers de ma vie :

A Mathilde, pour la lumière que tu rayannes depuis toujours.

A Helen, sur qui je peux toujours compter pour explorer les forêts de bambous ou les traboules de Lyon.

A Romane, pour notre complicité à l'école et les liens qui nous unissent toujours.

A Laëtitia, pour ton oreille attentive, ta voix de la raison et tous nos fous rires.

A Eléna, pour ton amitié sincère depuis le lycée, nos confidences et nos folies.

A Hadrien, pour m'avoir transmis ta force d'esprit.

Merci à mes amis avec qui j'ai partagé les premières années de médecine, qui ont rendu cette épreuve plus heureuse et facile :

A Alexandra, pour notre cohésion durant la PACES alternant rigueur de travail et détente post tutorat autour d'une traditionnelle tartiflette par exemple.

A l'erasmus team de Pécs : Kösz, pour cette aventure humainement extraordinaire et enrichissante !

A Fanny, Sylvie et Camille : Ensemble en stage ou sur les bancs des amphi, c'était toujours un plaisir d'être avec vous. Des heures de travail acharné à la BU entrecoupées de quelques siestes... Ensemble on a tenu bon !

Félicitations pour vos parcours respectifs et à très vite pour des week-end loin des révisions.

Merci à mes amis rencontrés durant l'internat, qui sont déjà si importants :

A Jessy, merci de m'avoir accompagnée durant tout l'internat comme co-interne, comme colloc mais surtout comme Amie. Pour tout ce que l'on a partagé, des moments les plus simples aux plus forts en émotions. Merci pour ton écoute, tes conseils, ton soutien. Et pour ton coaching pour ma thèse !

Amina, merci aussi pour ton aide dans ce travail ! Ainsi que pour tes ondes de bienveillance et de sagesse.

Merci à Alice et Brendan, pour votre dynamisme et votre bonne humeur dans la coloco du fit/fat confinée !

Évidemment, merci à mes super-héros : Anaïs, Nicolas, Gaëlle et Dimitri. Pour les moments de vie que l'on a pu partager. Pour votre amitié ; je sais que je peux toujours compter sur vous, merci. Je vous aime !

A toi aussi super Guillaume pour être toujours partant avec ton sourire.

A ceux qui sont repartis loin : Manon, Caroline et Louis-Marie, votre fraîcheur me manque !!

A Maxence, que je suis ravie de retrouver à Avignon entre quelques volants et beaucoup de verres.

A Laurent, pour ta gentillesse si saine et apaisante.

A Tunde, Anca et aussi Éric pour ces moments de fête et de voyage partagés ensemble.

Grâce à vous tous l'internat a été une période pleine de bonheur, hâte de vivre encore pleins d'aventures ensemble !

Merci à tous les internes avec qui j'ai pu travailler et qui ont toujours fait preuve de solidarité et de confraternité.

Merci à SOS médecins Avignon pour m'avoir accueilli dans votre équipe extraordinaire et pour votre bienveillance.

Merci au Dr Valérie Leuwers pour vos petites attentions et votre flexibilité afin que je puisse terminer cette thèse. Merci de me faire confiance pour prendre en charge vos patients.

Merci aux patients qui rendent cette profession d'autant plus passionnante.

Merci à Ambroise Paré qui aurait dit cette phrase qui m'a motivé de la 1ère année jusqu'au doctorat :

"Un travail acharné vient à bout de tout" !

Applicabilité de l'échelle M-ADBB

par les médecins généralistes en soins primaires.

Introduction	20
Généralités	21
I. Le retrait relationnel du nourrisson	21
1) Définition et histoire du concept	21
2) Les causes de retrait relationnel	22
3) Des conséquences développementales	25
II. Construction de l'échelle ADBB puis M-ADBB	26
1. Construction et validation de l'échelle ADBB	26
2. Construction et validation de l'échelle M-ADBB	34
III. Utilisation de l'échelle M-ADBB	37
1. Conditions d'examen	37
2. Ce que l'on doit observer	38
3. Cotation et interprétation du résultat	38
4. Pour quels enfants utiliser l'échelle ?	39
Matériel et méthode	41
I. Objectifs et justification du type d'étude	41
II. Population cible et méthode de recrutement	41
III. Le "crash course"	44
IV. Méthode de recueil des données	44
V. Méthode d'analyse des données	47
Résultats	49
I. Caractéristiques de la population étudiée	49
II. Caractéristiques des entretiens réalisés	54
III. Résultats de l'analyse qualitative	55
1) Les difficultés d'apprentissage	55
A. Difficulté d'apprentissage perçue par le groupe 1	56
B. Difficulté d'apprentissage perçue par le groupe 2	63
C. Les difficultés d'apprentissage de l'échelle M-ADBB selon l'ensemble des médecins interrogés (arbre thématique)	67
2) L'usage de l'échelle M-ADBB	68
A. Utilisation de l'échelle dans le groupe 1	68
B. Utilisation de l'échelle dans le groupe 2	75
C. L'utilisation de l'échelle M-ADBB de l'ensemble des médecins interrogés (arbre thématique)	81
3) Contribution de l'échelle M-ADBB à la pratique	82
A. Contribution à la pratique du groupe 1	82
B. Contribution à la pratique du groupe 2	92
C. Les apports potentiels de l'échelle M-ADBB à la pratique des médecins généralistes en soins primaires (arbre thématique)	99
4) Les freins à l'utilisation de l'échelle M-ADBB	100
A. Les freins selon le groupe 1	100
B. Les freins selon le groupe 2	108

C. Les freins potentiels selon l'ensemble des médecins interrogés (arbre thématique)	114
5. L'applicabilité de l'échelle M-ADBB par les généralistes en soins primaires	115
A. L'applicabilité selon le groupe 1	115
B. L'applicabilité selon le groupe 2	120
C. L'applicabilité de l'échelle M-ADBB en soins primaires, selon l'ensemble des médecins interrogés (arbre thématique)	126
Discussion	127
I. Synthèse et comparaison avec la littérature	127
II. Forces et limites	135
Perspectives et propositions	138
1) Le rapport des 1000 premiers jours	138
3) Recommandations de la HAS concernant les TND	139
2) Revalorisation de certains actes	142
4) Place de la M-ADBB dans ces nouvelles recommandations	143
Conclusion	144
Bibliographie	146
Annexes	149
Manuel d'utilisation M-ADBB	149
Grille de cotation ADBB et M-ADBB	151
Diaporama du crash course	152
"Mémo d'utilisation"	158
Questionnaire des caractéristiques des participants	159
Tableaux des caractéristiques des participants propres à chaque groupe	160
Verbatims du premier groupe	161
Verbatims du deuxième groupe	191
Tableaux récapitulatifs des unités de sens	224
Serment d'Hippocrate	225
Certificat de conformité	236

Introduction

L'échelle M-ADBB (Modified-ADBB scale, Matthey et al. 2005) est la version simplifiée de l'échelle ADBB (Alarme Détresse Bébé) créé par le Pr Guedeney (pédopsychiatre à l'AP-HP) et son équipe à la fin des années 90.

Il s'agit d'un outil clinique, utilisable en pratique quotidienne, qui permet de repérer précocement le retrait relationnel des nourrissons. (1)

Chez le jeune enfant, on évoquera un retrait relationnel devant une difficulté à établir un contact, s'il est peu réactif aux sollicitations, ou s'il semble apathique.

Cette posture reflète une adaptation à une situation stressante, c'est une réaction de défense normale si elle est fugace mais pathologique si elle est durable.

Dans la population générale française, 14% des nourrissons souffrent de retrait relationnel. (2)

Les causes peuvent être organiques ou psychologiques, ce peut être aussi un des premiers signes de trouble du spectre de l'autisme. Le retrait relationnel est toujours associé à un trouble de l'interaction avec l'autre et cela a pour conséquence de freiner le développement de l'enfant. A long terme, il prédispose aux troubles de la communication verbale et non verbale et aux troubles comportementaux.

De part sa fréquence, ses causes et les conséquences qui lui sont associées, le retrait relationnel du nourrisson est un signal d'alarme important. Cependant, à la différence des comportements de protestation actifs, il peut être difficile à percevoir et a donc plus de risque d'être méconnu ou banalisé.

Il est important que les médecins généralistes y soient sensibilisés étant en première ligne pour le suivi de nombreux enfants. Ils ont un rôle clé dans la prévention et le dépistage.

L'échelle M-ADBB est un outil intéressant pour les aider à repérer le retrait relationnel au plus tôt afin d'agir précocement et de façon optimale.

L'avantage de l'échelle M-ADBB, par rapport à l'ADBB, est d'être plus accessible car elle prend en compte moins d'items et le système de cotation est plus court. Cela s'accorde bien avec une utilisation courante par des non spécialistes et pourrait potentiellement s'intégrer dans la pratique quotidienne des généralistes.

C'est pourquoi, nous avons étudié dans quelle mesure, l'échelle M-ADBB est un outil applicable par les médecins généralistes exerçant en soins primaires.

Pour cela, nous avons, d'une part réalisé des entretiens avec des médecins généralistes ayant une pratique pédiatrique exclusive et déjà formés aux échelles ADBB/M-ADBB, afin d'en connaître leur retour d'expérience.

D'autre part, nous avons présenté l'échelle M-ADBB à d'autres médecins généralistes qui ne connaissaient pas encore l'outil. Nous avons réalisé des entretiens avec chacun de ces médecins quelques semaines plus tard.

Enfin, nous avons mené une étude qualitative des informations recueillies.

Généralités

I. Le retrait relationnel du nourrisson

1) Définition et histoire du concept

Le retrait relationnel du nourrisson est défini, selon Dollberg, comme “une diminution chronique du système d’attachement, qui se généralise progressivement en une diminution de l’engagement et de la réactivité à l’environnement dans son ensemble”. (3)

Le retrait, ou évitement relationnel, selon Picco et A Carel, dans les cas les plus manifestes, se caractérise par une indifférence aux sollicitations voire un détournement actif de l’enfant. (4)

La notion de retrait a été utilisée pour la première fois en 1946, comme étant un des symptômes de la dépression anaclitique décrite par Spitz, observée chez des nourrissons privés de soins parentaux. (5,6)

En 1956, Engel et Reischman ont décrit un comportement de retrait durable chez une enfant de 18 mois nommée Monica atteinte d’un retard de croissance secondaire à une fistule oesophagienne et souffrant d’une relation très perturbée avec sa mère. Après avoir retrouvé une figure d’attachement, cette enfant avait présenté une évolution plutôt favorable.

S’appuyant sur cette observation, Engel et Schmale ont conceptualisé la réaction de conservation-retrait, un processus défensif du nourrisson face à une situation critique, lui permettant de se déconnecter de son environnement extérieur dans le but de conserver son énergie pour survivre. (5,7,6,3)

Robertson et Bowlby (1952) ont décrit, suite à l’observation de jeunes enfants longuement séparés de leur figure d’attachement, trois stades de réaction émotionnelle : la protestation, le désespoir, le retrait relationnel et le détachement. (7,6)

A son tour, Fraiberg en 1982 a décrit trois types de mécanismes de défense chez des enfants confrontés à des situations extrêmes : l’évitement, le figement ou la lutte. (5,8)

Selon Brazelton, le retrait fugace (ou micro-retrait) est une composante de l’interaction normale, un moyen de réguler l’interaction avec l’autre. (8,6)

Cela est illustré par l’expérience du *still face* (cf : vidéo (9)) de Tronick : Lorsqu’une mère est en interaction avec son enfant et qu’elle devient subitement immobile et impassible, le bébé le détecte instantanément. D’abord l’enfant proteste, il fait tout pour réveiller son attention (expressions faciales, gesticulations, cris). Puis après quelques minutes, ne voyant pas de réaction de la part de sa mère, il se fige, se détourne et pleure.

Un enfant se détourne (se met en retrait) lorsque l’interaction se joue à un niveau dépassant ses capacités de tolérance, lorsqu’il se trouve confronté à une stimulation inadaptée quantitativement ou qualitativement. C’est un moyen de défense, d’auto-régulation. (4)

L'expérience du *still face* illustre aussi une rupture de la synchronisation entre la mère et son enfant. Selon Feldman (2007), la synchronisation entre le parent et l'enfant est un processus de coordination des échanges continus de stimuli sensoriels, hormonaux, et physiologiques lors de l'interaction. Cette synchronisation existe dès la naissance.

Une synchronisation optimale donne les fondements à l'enfant pour développer ses interactions sociales et développer de l'empathie. A l'inverse, une désynchronisation peut prédisposer à un retrait relationnel et aux troubles comportementaux. (10)

Le comportement de retrait relationnel lorsqu'il est installé durablement est pathologique. D'une part, car il marque la persistance d'un facteur de stress. D'autre part, le développement de l'enfant étant un processus interactif, il se trouve entravé lorsque le retrait est durable. (8)

2) Les causes de retrait relationnel

Le retrait relationnel a des origines somatiques et psychologiques. Il peut être l'un des premiers signes de trouble du spectre de l'autisme. Il reflète aussi un défaut de synchronisation dans l'interaction parent-enfant. Ces différentes causes peuvent s'entremêler.

A. Les causes somatiques

- Les troubles sensoriels (7)

La surdité, l'amblyopie voire la cécité sont des obstacles pour l'enfant à entrer en communication avec l'autre.

- La douleur intense ou chronique (7)

Lorsque la douleur dépasse les capacités de tolérance du nourrisson, il se met en retrait.

Ce peut être une douleur en lien avec reflux gastro-oesophagien ou dans les suites d'une chirurgie lourde par exemple.

- La prématurité, le retard de croissance intra-utérin et le petit poids de naissance (2,11)

Certains bébés prématurés présentent des atteintes organiques qui réduisent leurs capacités d'éveil, d'attention et de réactivité. (12)

- Le syndrome d'alcoolisation foetale :

Il existe une association entre une consommation importante d'alcool durant la grossesse et un retrait relationnel à 6 mois. Le retrait est alors associé à la sévérité du syndrome d'alcoolisation foetal et à un risque de dépression et d'un faible niveau de QI de l'enfant à 5 et 10 ans. (Jacobson 2012 ; (6))

- La dénutrition, le retard de croissance (13) :

Les tableaux de malnutrition type Kwashiorkor ou certains retards de croissance sont évocateurs de dépressions, ils peuvent en être la cause ou la conséquence. Il a été démontré des liens entre troubles nutritionnels et troubles de l'attachement, il y a ici un croisement entre les causes somatiques et psychologiques. (7)

B. Les causes psychologiques

Le comportement de retrait fait partie de la symptomatologie de plusieurs pathologies répertoriées dans la Classification Diagnostique Zero-Trois ans (DC 0-3 R, 2005 (14)) (15), notamment :

- La dépression de la première et de la petite enfance

- Les troubles anxieux de la première et de la petite enfance

- L'état de stress post traumatique

- Le trouble de la régulation des processus sensoriels, type hyposensible

- Le trouble réactionnel aux situations de carence ou de maltraitance

Certaines séparations précoces de la figure d'attachement, les carences affectives, les abus ou maltraitements peuvent entraîner des troubles réactionnels de **l'attachement**.

Dans de telles situations, l'enfant se trouve dans l'impossibilité de construire une figure d'attachement et manifeste des difficultés émotionnelles, relationnelles et comportementales. Ce trouble peut apparaître sous un mode inhibé (retrait relationnel), désinhibé ou mixte. (14,16)

- Le trouble du développement multisystème

Ce trouble est apparenté aux troubles du spectre de l'autisme chez l'enfant de moins de 2 ans. Il se caractérise par des difficultés relationnelles, de communication et sensorielles.

C. Les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)

Le retrait relationnel est une des principales caractéristiques des troubles du spectre autistique.

Il peut apparaître très précocement ou parfois plus tardivement, après 24 mois. (7,17)

D. Une désynchronisation parent-enfant

Nous l'avons vu précédemment, la synchronisation parent-enfant est essentielle pour une interaction saine et sécurisante pour l'enfant. Si le parent est déconnecté ou inadapté dans la relation, il rompt la synchronisation et le nourrisson peut se mettre en retrait.

Des études (3,15,18) ont mis en évidence qu'une sous implication de la mère dans la relation ou au contraire une attitude trop intrusive avec son enfant est associée à un retrait relationnel de celui-ci.

a. La dépression maternelle

La survenue d'un épisode dépressif caractérisé maternel dans le cadre du post partum ou non, est responsable, entre autres, d'une anhédonie, d'une anesthésie affective et d'une hypomimie (16). On peut faire le parallèle avec l'expérience du *still face*. Dans ces conditions, la synchronisation de l'interaction entre la mère et son enfant est en danger.

De nombreux travaux de recherche ont étudié l'association entre la dépression maternelle et le retrait relationnel, en voici une synthèse :

La dépression du post partum est classiquement recherchée à l'aide de l'échelle EPDS (Edinburgh Post Partum Depression Scale), un questionnaire qui s'adresse aux mamans et qui interroge sur les émotions ressenties sur les sept jours qui précèdent (soit sur une courte période). L'EPDS permet le dépistage, mais ne permet pas de faire le diagnostic.

Plusieurs études ont recherché une association entre la présence de symptômes dépressifs rapportés par l'EPDS et l'existence d'un retrait relationnel chez l'enfant.

Lorsque les deux mesures sont faites à un même moment, il n'y a en général pas de corrélation retrouvée. (2,3,19,20)

Mais sur un plus long terme, une étude de cohorte a montré que l'existence de signes dépressifs révélés par l'EPDS à 3 et 6 mois post partum, est associée à un retrait relationnel du nourrisson à 9 mois. (11)

De même, lorsqu'on interroge une mère sur son humeur depuis l'accouchement, on trouve une association entre des signes anxio-dépressifs et un retrait de l'enfant (19) Cela a aussi été démontré avec les pères, et l'association est d'autant plus forte si les deux parents sont touchés. (21)

Des symptômes dépressifs identifiés momentanément lors de la grossesse ne sont pas non plus associés à un retrait relationnel du nourrisson par la suite. (2)

De plus, il n'y a pas toujours de corrélation entre la présence ou l'absence de symptômes dépressifs rapportés selon un questionnaire et l'observation objective et concomitante de tels symptômes par un professionnel. (3)

Lorsqu'on prend en compte les pathologies psychiatriques maternelles (dépression du post partum, psychose puerpérale ou épisode dépressif caractérisé pré-existant) diagnostiquées formellement par un psychiatre, il existe bien une association avec le retrait relationnel du bébé. (15,22)

Pour résumer, un syndrome dépressif prolongé prédispose à l'installation d'un retrait relationnel chez le nourrisson.

b. La prématurité

Dans le cadre de la prématurité, en plus de facteurs organiques, il y existe un facteur relationnel à risque de désynchronisation et donc de retrait relationnel.

En effet, le séjour en couveuse est préjudiciable à la relation parents-enfants du fait de leur séparation. De plus, il existe une déviance entre l'image de l'enfant prématuré et celle de l'enfant attendu.

L'étude Olimpe a montré une forte prévalence des troubles de l'interaction mère-enfant dans le cadre de la prématurité. A 6 mois d'âge corrigé, les nourrissons présentant des signes d'attachement insécure sont significativement plus en retrait. (12)

De plus, les mères ayant accouché prématurément présentent significativement plus de symptômes dépressifs aux alentours des trois premiers mois post partum (11).

c. Autres contextes à risque

La synchronisation parent-enfant peut aussi se retrouver bouleversée par certains contextes.

Une étude a élaboré un score regroupant des marqueurs de difficultés maternelles (niveau socio-économique, isolement, consommation de tabac ou d'alcool) et a trouvé une association significative entre ce score de difficulté et le score ADBB du nourrisson. (2)

Pris isolément, un faible niveau socio-économique, n'est pas un facteur de risque de retrait (Jacobson 2012 (6) ; (13))

La gémellité, ne pas vivre avec ses deux parents, vivre en famille d'accueil ou encore être adopté sont des situations à risque prédisposant au retrait relationnel. (13)

Les nourrissons qui vivent en pouponnière sont significativement plus en retrait que les autres. Et le retrait est d'autant plus net que la séparation avec la figure d'attachement se fait à un âge tardif. (23)

Les enfants confrontés aux violences conjugales et éducatives sont exposés à un stress répété qui peut mener à un état de retrait relationnel. (24)

3) Des conséquences développementales

Le développement de l'enfant est un processus interactif. La qualité des interactions permet à l'enfant de développer ses compétences sur le plan du langage, du raisonnement, de l'attention, de la motricité, des émotions, du comportement et de la socialisation. Des relations stables et sécurisantes permettent notamment à l'enfant de s'adapter à de multiples situations de la vie. (16)

Le retrait relationnel est un frein au développement car il nuit à l'interaction.

D'après la littérature, le retrait relationnel est associé à :

- des troubles du développement cognitif (25)
- des troubles du langage (25,26)
- des troubles de la motricité à 12 mois (26)
- des comportements atypiques (25)
- des troubles de l'attention (25)
- des difficultés sociales et de la communication à 30 mois (25)
- des troubles du comportement et des difficultés relationnelles à l'âge de 3 et 5 ans (27)

Bien qu'on ne puisse pas affirmer le lien de cause à effet, il est clair que les enfants en retrait ont un développement à long terme moins favorable que les autres.

La gravité potentielle des causes et des conséquences du retrait relationnel soulignent l'importance de le repérer précocement.

II. Construction de l'échelle ADBB puis M-ADBB

1. Construction et validation de l'échelle ADBB

A la fin des années 90, le Pr Guedeney, pédopsychiatre à l'APHP, et son équipe ont élaboré l'échelle ADBB (Alarme Détresse Bébé) destinée au repérage et à l'évaluation du comportement de retrait relationnel chez le jeune enfant entre 2 et 24 mois. (28,29)

Leur constat de départ : Le retrait relationnel dans la petite enfance est un signal d'alarme important pour lequel il n'existait pas d'outil spécifique de mesure.

Leur objectif était de réaliser un instrument suffisamment simple pour être utilisable en pratique clinique de ville, de crèche ou de PMI.

L'examen médical est une source de stimulations variées, survenant dans un ordre relativement standardisé et sur une période assez brève. On dispose avec cet examen d'une période d'observation privilégiée du comportement pour évaluer le niveau du retrait par rapport à la réaction attendue en fonction de la stimulation. (28)

A. Elaboration de l'échelle (28,29)

Choix initial des items

Dix items ont été établis à partir d'une étude (30) qui décrivait des comportements distinguant des nourrissons présentant un retard de croissance psychogène de ceux de cause organique.

Validation des items par des experts

Ces dix items ont été analysés par des experts. Suite à leur avis, huit items ont été retenus :

1. expression faciale
2. contact oculaire
3. niveau d'activité générale
4. gestes d'autostimulation
5. vocalisations
6. rapidité de la réponse à la stimulation
7. qualité de la relation à l'observateur
8. capacité à attirer l'attention (attractivité).

Les auteurs ont ensuite élaboré un système de cotation : chaque item devant être noté entre "0 = normal" et "4 = massivement anormal".

B. Validation des propriétés psychométriques de l'échelle

a. La validité de contenu

La validité de contenu évalue dans quelle mesure les divers items d'un instrument psychométrique sont représentatifs du construit mesuré et de leurs différentes facettes (31).

Dans le cas du comportement de retrait relationnel, il y a deux dimensions : l'une interpersonnelle et l'autre non-interpersonnelle plutôt liée au tempérament de l'enfant.

Il existe des règles pour la validation de contenu (31,32), auxquelles l'équipe ayant élaboré l'échelle ADBB a bien répondu :

- Les items retenus sont des indicateurs valides du retrait relationnel selon un comité d'experts. Leur définition a été améliorée en collaboration entre experts et utilisateurs de l'échelle. (28)
- Des experts ont conclu de manière indépendante que les différentes dimensions du retrait relationnel étaient bien représentées et ce de manière proportionnelle. (29)
- D'un point de vue quantitatif, analyses factorielles et calcul du coefficient inter-évaluateurs ont permis des améliorations supplémentaires. (2)

De plus, cette échelle a été utilisée dans de nombreux pays à travers le monde, sur tous les continents (1). Il y a donc une bonne adaptation transculturelle de cet outil.

b. La validité de critère (ou validité empirique)

La validité de critère vise à vérifier la capacité d'un instrument à distinguer les personnes entre elles, à déterminer le degré d'association entre l'instrument et une variable que l'on souhaite prédire. C'est la principale preuve de l'utilité pragmatique d'un instrument. (31)

- La validité concomitante :

La validité de concomitance évalue le degré d'association entre les résultats de l'instrument et des données concernant le critère obtenues au même moment. (31)

Référence	Critère de comparaison utilisé	Corrélation
(28,29)	Mesure du retrait relationnel avec une « échelle globale visuelle analogue » (EVA).	0,63 - 0.67
(19)	Évaluation informelle par l'examineur de la sociabilité de l'enfant envers lui.	0.34
(18)	Interaction mère-enfant selon l'EVA de Murray et al (1996).	79.5%
(33)	Évaluation sémiologique psychiatrique avec une EVA	0.67
(15)	Relation parent-enfant selon l'échelle PIR-GAS de la DC 0-3 (maltraitance < 10 ; bien adapté > 90)	-0.83

Tableau 1 : Synthèse concernant la validité de concomitance de l'échelle ADBB (non exhaustif)

On retrouve bien une corrélation logique entre le score ADBB et différents paramètres liés au retrait relationnel.

- La validité prédictive :

La validité prédictive vérifie le degré d'association entre les résultats de l'instrument et un critère futur, pour lequel la mesure ne sera disponible que plus tard. (31)

Lors de l'élaboration de l'outil, la validité prédictive a été évaluée par la capacité de l'échelle à prédire le risque développemental l'année suivante. Ce risque était évalué "haut" ou "bas" sur la base de 17 indices de risques (établis par Choquet et al. en 1982). (28,29)

Cette capacité a été confirmée par d'autres études qui ont démontré une corrélation entre le retrait

relationnel détecté par l'ADBB et des troubles du développement cognitif, social ou comportemental 2 à 5 ans plus tard. (25,27)

Une étude exploratoire menée sur des films familiaux a montré rétrospectivement que les bébés présentant un trouble autistique ont un score plus important à l'ADBB que les bébés au développement ultérieur normal. (17)

L'échelle ADBB a donc un intérêt pour repérer les enfants à risque de présenter des troubles du développement et dans le dépistage précoce de l'autisme.

- **Sensibilité & Spécificité :**

Dans l'étude initiale (28,29), la sensibilité et la spécificité ont été définies en fonction de la capacité de l'échelle à prédire le niveau de risque développemental. C'est d'après ce calcul que le score seuil de 5 a été retenu comme la meilleure option dans le cadre du dépistage (cf : tableau 2). D'autres études ont donné des résultats concordants :

Réf	Caractéristique utilisée pour le calcul	Score seuil	Se	Spé	VPP	VPN
(28, 29)	Risque développemental haut/bas selon les indices de risque de Choquet.	5	0.82	0.78		
(18)	Capacité interactive de l'enfant normale/anormale selon la Global Rating Scale de Murray (1996).	5	0.77	0.80		
(33)	Présence/absence de signe psychopathologique lors de l'évaluation psychiatrique (EVA + DC 0-3R)	5	0.79	0.81	0.35	0.97
(15)	Diagnostic dans un des deux premiers axes de la DC 0-3	5	0.82	0.85	0.36	0.95

Tableau 2 : Quelques résultats de calcul de sensibilité / spécificité (non exhaustif)

Au total, la validité de critère semble robuste ; les résultats suggèrent que l'échelle peut être utilisée comme un outil de dépistage dans le cadre des soins primaires.

c. La validité de construit (ou validité théorique)

Cet aspect de la validité recherche si l'échelle mesure vraiment les construits qu'elle a été conçue pour mesurer et qu'elle offre une mesure adéquate du modèle théorique sur laquelle elle s'appuie. (31) Ici, il s'agit de la dimension interpersonnelle et non-interpersonnelle du retrait relationnel.

La validité de construit a essentiellement été abordée par des analyses factorielles. Les résultats de ces analyses ont été pris en compte pour la création de l'échelle M-ADBB.

- Analyses factorielles en composantes principales :

L'analyse factorielle repose sur une série de techniques qui visent à regrouper statistiquement des variables associées entre elles. Elle permet de vérifier si les items d'un instrument psychométrique se regroupent en cohérence, si les construits que l'instrument vise à mesurer forment des facteurs distincts les uns des autres. (31)

La première étude (28,29) a réalisé une analyse factorielle à titre exploratoire car reposant sur un petit échantillon (n=60). Deux facteurs en étaient sortis, représentant près de 60% de la variance et apparaissant en accord avec l'hypothèse initiale de deux dimensions :

- interpersonnelle associée au premier facteur
- non-interpersonnelle et plutôt liée au tempérament de l'enfant, associée au second facteur

Une équipe brésilienne a reproduit la même étude avec un échantillon deux fois plus grand. Elle a identifié trois facteurs (62% de la variance) : la dimension interpersonnelle, l'autre non-interpersonnelle et le troisième facteur était l'item autostimulation isolé. (33)

Dans une autre étude (n=44), deux autres facteurs ont été trouvés (58% de la variance), l'un associé à la composante non verbale de la sociabilité et l'autre combinant vocalisations et motricité. L'item autostimulation n'était imputable à aucun de ces facteurs et demeurait isolé.

Par ailleurs, les auteurs estimaient que les items "relations avec l'observateur" (n°7) et "attractivité" (n°8) étaient trop corrélés aux autres items (théoriquement comme statistiquement) et devaient être écartés. (19)

Ainsi se profilaient les items qui ont été supprimés dans l'échelle M-ADBB.

L'analyse dite en "composantes principales" fait appel à un modèle factoriel linéaire où les réponses du test étudié apparaissent comme non bornées (infinies). Cela n'est pas toujours adapté à la réalité, dans ce cas l'analyse peut faire ressortir des dimensions par excès (34).

Dans le cas de l'échelle ADDB, les réponses sont bornées (score allant de 0 à 32).

Il était intéressant de compléter l'étude de la validité de construit selon un autre modèle :

- Analyse selon la Théorie de Réponse à l'Item

En 2020, une équipe danoise a utilisé la théorie de réponse à l'item (TRI) pour évaluer la validité de construit de l'échelle ADDB. Cette étude a été réalisée dans le cadre des soins primaires, avec une utilisation de l'échelle par des puéricultrices en visite à domicile. L'échantillon étudié était très grand, 24 752 nourrissons ont bénéficié d'au moins une évaluation ADDB. (35)

La TRI permet une évaluation plus approfondie de la performance et de la validité de chaque item de l'échelle. Elle repose sur le postulat que la réussite à un item dépend du degré auquel l'individu possède une certaine caractéristique ("trait latent" : θ), ici le retrait relationnel, et du degré de difficulté de l'item (34). Cela est représenté par une courbe de caractéristique de l'item.

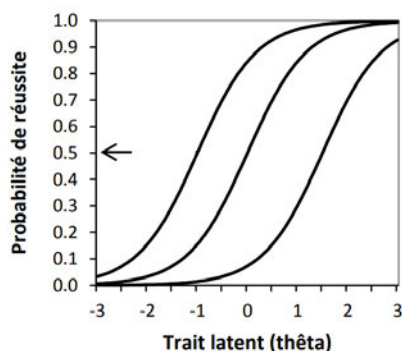


Figure 1: courbe de caractéristique des items (34)

L'étude a d'abord démontré que les items de l'échelle ADBB respectent bien les propriétés relatives à la TRI (34,36) :

- **L'invariance** : les estimations retrouvées sont indépendantes des échantillons particuliers. Cette propriété est un atout majeur de la TRI et est importante dans le cadre d'un outil pouvant s'appliquer à un dépistage universel.
- **L'unidimensionnalité** : tous les items contribuent à appréhender une seule et même caractéristique dominante (le retrait relationnel).
- **La monotonie** : à mesure que le niveau du trait latent augmente, la probabilité de score élevé à l'item augmente également.

Par contre, le critère d'**indépendance locale** n'a pas toujours été retrouvé. Ce critère indiquant que la performance à un item n'est pas influencée par la performance à d'autres items du même instrument. Les items "Relation" (n°7) et "Attractivité" (n°8) étaient fortement liés entre eux. L'item "Vocalisations" (n°2) était aussi lié, plus faiblement, aux n°7 et 8.

Concernant les paramètres des items (cf : figure 1) (34,36) :

- **Paramètre de difficulté** = valeur θ correspondant à une probabilité de réussite de 0.5.

Ce paramètre était au-dessus de 1 pour tous les items. Les capacités de discrimination sont donc meilleures au-delà d'un niveau de retrait relationnel moyen, ce qui est optimal pour un outil de dépistage.

- **Paramètre de discrimination** = aptitude à différencier les individus en fonction du degré auquel ils possèdent le trait latent ; cela correspond à la pente maximale de la courbe caractéristique.

Les items de l'échelle montrent une capacité de discrimination allant de modérée à bonne. Les items 1, 2, 7 et 8 étant les plus discriminants (avec une possible surestimation des items 7 et 8 du fait de leur défaut d'indépendance).

Les paramètres de difficulté et de discrimination étaient équivalents à travers différentes tranches d'âge, l'échelle évalue donc de façon équivalente le retrait relationnel entre 2 et 24 mois.

d. La fiabilité

La fidélité ou fiabilité d'un instrument psychométrique représente le degré de précision et de constance de ses scores. Elle permet d'estimer la marge d'erreur de la mesure. (31)

- La fiabilité inter-juges :

La fidélité inter-juge consiste à évaluer s'il existe un degré d'accord suffisamment élevé entre les jugements de plusieurs évaluateurs. (32)

De nombreuses études ont calculé la fiabilité inter-cotateur après formation à l'échelle.

Ref	Évaluateurs	Conditions réelles ou vidéo.	Coefficient de corrélation intraclasse (ICC) ou coefficient de Cohen (κ)
(28, 29)	pédiatre et puéricultrice	réel	ICC = 0.84
	2 étudiantes en psycho	vidéos	ICC = 0.88 puis 0.87
(19)	pédopsychiatre et psychologues (dont Guedeney et Matthey)	vidéos	κ = 0.60 (IC 95%) ; κ = 0.66 (IC 68%) soit une erreur de mesure standard de 1.2 et 2.3 points respectivement.
(33)	2 pédiatres et 2 IDE (non puéricultrices)	vidéos	ICC = 0.82 entre les pédiatres ICC = 0.61 entre les IDE ICC = 0.42 entre les pédiatres et les IDE.
(15)	pédiatres et psychologues	vidéo	ICC = 0.88
(37)	10 médecins généralistes de PMI et référence du Pr Guedeney	vidéos	κ (IC 95%) entre 0.5 et 1
(38)	2 psychologues	vidéos	κ = 0.837 (évaluation d'enfants de 3 à 6 mois) κ = 0.879 (évaluation entre 9 à 16 mois)
(39)	2 pédiatres et 2 psychologues	vidéos	ICC = 0.39 (0.18-0.60)

Tableau 3 : Fiabilité inter-juge de l'échelle ADBB (non exhaustif)

Selon le coefficient de corrélation, on considère l'instrument comme :

peu utile < 0.5 < imprécis < 0.7 < bon < 0.85 < excellent.

Selon le coefficient de kappa, la force de l'accord est :

0.4 < moyenne < 0.6 < satisfaisante < 0.8 < excellente. (32)

L'accord inter-juge est donc globalement bon, à l'exception d'une étude ayant trouvé un coefficient de corrélation de 0.39. Dans cette étude les mêmes évaluateurs avaient un taux d'accord bien meilleur avec la version M-ADBB (coefficient à 0.81).

- **La fiabilité temporelle (test-retest) :**

Cet aspect de la validité évalue la constance de la mesure dans le temps entre une première fois (test), puis une seconde fois (retest). (31)

- Dans l'étude originelle (28,29) deux étudiantes en psychologie ont effectué une seconde évaluation 6 mois plus tard sur la base des mêmes vidéos. Le coefficient de corrélation intra-classe était de **0,89** pour l'une et **0,84** pour l'autre.
- L'étude brésilienne (33) a évalué une corrélation test-retest à **0.91** à 1 mois d'intervalle.

Il y a donc une très bonne stabilité du jugement avec l'échelle ADBB au cours du temps.

- **La consistance interne :**

La fiabilité d'un instrument est aussi appréciée à travers la cohérence interne qui vise à vérifier si les items permettent tous bien d'appréhender une même entité (ici le retrait relationnel).

Elle repose notamment sur le calcul du coefficient alpha de Cronbach. On considère généralement que la fiabilité est satisfaisante lorsque la valeur du coefficient égalise 0.80. (40)

Une étude a estimé la consistance interne avec la plus grande limite inférieure (GLB) du coefficient de fiabilité.

Référence	Nb de sujets	Coefficient α de Cronbach ou coefficient GLB
(28,29)	60	$\alpha = 0.83$
(19)	44	$\alpha = 0.80$. En retirant l'item autostimulation : $\alpha = 0.87$. Cet item a été retiré de l'échelle M-ADBB.
(33)	120	$\alpha = 0.67$, soit une corrélation tout juste modérée.
(38)	145 (3-6 mois) 123 (9 à 16 mois)	$\alpha = 0.82$; IC 95% (0.77-0.86) $\alpha = 0.73$; IC 95% (0.65-0.79)
(23)	102	$\alpha = 0.87$
(39)	36	GLB = 0.74 , soit en faveur d'une bonne consistance interne.

Tableau 4 : Consistance interne de l'échelle ADBB selon différentes études (non exhaustif)

C. En résumé

L'échelle ADBB a fait l'objet de nombreuses études psychométriques lui assurant une bonne validité pour être utilisée pour le repérage précoce du retrait relationnel.

Depuis sa création, l'échelle ADBB a été utilisée dans de nombreux pays en pratique clinique ou pour la recherche.

2. Construction et validation de l'échelle M-ADBB

A. Modification de l'échelle ADBB

La version modifiée de l'échelle (modify-ADBB) a été élaborée en 2005 par l'équipe du Pr Stephen Matthey, en collaboration avec le Pr Guedeney créateur de l'ADBB originelle. (1)

Cette simplification de l'échelle ADBB avait pour but d'être plus adaptée au contexte australien pour une utilisation plus large en consultation courante.

a. Modification des items

Trois items ont été supprimés en prenant en compte les résultats des études psychométriques de l'échelle ADBB déjà réalisées. Par la suite, l'analyse par la TRI a renforcé le bien fondé de ces modifications.

Ci-après les items supprimés et leur justification :

L'item "Autostimulation" (n°4) :

- Difficulté d'obtenir un bon accord interjuge, même avec des professionnels de santé expérimentés en pédiatrie. Le risque d'erreur étant alors trop important. (1)
- Item isolé dans plusieurs analyses factorielles de l'échelle ADBB (19,33).
- Selon la TRI, cet item a un paramètre de difficulté très élevé, indiquant que celui-ci est discriminant pour de très hauts niveaux de retrait relationnel. Cela n'étant pas nécessaire pour un outil visant à être utilisé en contexte de dépistage universel comme la M-ADBB. (35)

L'item "Attractivité" (n°8) :

- Forte corrélation avec six autres items d'après une analyse en composantes principales. Cela indiquant que cet item n'apporte pas suffisamment d'information à lui seul. (1)
- L'analyse par TRI (35) a révélé une forte dépendance de cet item avec le n°7 ("relation avec l'observateur"). Les courbes de caractéristiques étaient également très similaires pour ces deux items (n°7 et 8) suggérant que tous deux sont aussi performants pour différencier un nourrisson avec le même niveau de retrait relationnel. Ainsi, il est recevable que l'un d'eux soit retiré.

L'item "Réactivité (ou vivacité de la réponse)" (n°6) :

- Forte corrélation avec l'item "niveau d'activité générale" (n°3) selon l'analyse en composantes principales. (1)
- Selon la TRI (35), son paramètre de difficulté est très élevé aussi, soit non adapté pour un outil de dépistage universel.

Au final, l'échelle M-ADBB est composée des cinq items restants :

- 1. Expression faciale**
- 2. Contact oculaire** (avec l'examineur)
- 3. Vocalisations**
- 4. Niveau d'activité générale**
- 5. Qualité de la relation** (avec l'examineur)

b. Modification de la cotation

A l'usage de l'échelle ADDB en Australie les puéricultrices avaient pris l'habitude d'évaluer chaque item comme étant "satisfaisant", "problème possible" ou "problème certain" afin d'aller plus vite.

Ce système de cotation a été conservé et peut être éventuellement converti en valeurs numériques :

- satisfaisant = 0
- problème possible = 1
- problème certain = 2

Il y a une exception pour l'item vocalisation :

Les vocalisations étant parfois d'apparition tardive lors de l'examen du fait d'une crainte justifiée de l'enfant ou la nécessité de temps avant que celui-ci vocalise (très lié au tempérament).

Ainsi, pour cet item, seules deux options sont possibles : "satisfaisant = 0" ou "problème possible = 1".

B. Validation des propriétés psychométriques de l'échelle

a. La validité de contenu

Par rapport à l'échelle ADDB, trois items sont supprimés, aucun item n'est ajouté.

Les cinq items restants avaient bien été validés par des experts lors de la création de l'échelle longue. La M-ADBB visant à évaluer le même construit (le retrait relationnel) que la version longue, cette validation d'experts est donc transposable.

Les dimensions interpersonnelle et non-interpersonnelle sont toujours représentées de manière équilibrée dans l'échelle M-ADBB :

- items relationnel (interpersonnels) : contact oculaire, relation avec l'examineur
- items tempéramentaux (non-interpersonnels) : expressions faciales, activité générale, vocalisations

Les items supprimés sont en accord avec les résultats d'analyses psychométriques (accord inter-juge, analyses factorielles en composantes principales et théorie de réponse à l'item) permettant de renforcer la validité de contenu de l'échelle M-ADBB.

De plus, l'échelle M-ADBB a déjà été utilisée en Australie, Afrique du Sud, France, Espagne, Népal. Cette utilisation transculturelle est une force supplémentaire de l'outil.

b. La validité de construit (validité théorique)

- Corrélation avec l'échelle ADBB :

Une corrélation élevée (supérieure à 0,80) entre un instrument dont on souhaite vérifier la validité et une autre version de l'instrument dont la validité a été démontrée permet de considérer que les deux versions mesurent le même modèle théorique que la version dont la validité a déjà été établie. (31)

- L'étude pilote (1) a calculé le coefficient de corrélation entre l'échelle ADBB et M-ADBB. Le coefficient obtenu était de **0.72**.

Cette même étude a conclu qu'un score ≥ 2 pour la M-ADBB équivaut au score seuil de 5 pour l'ADBB.

- Une autre étude a calculé un coefficient de corrélation entre les scores ADBB obtenus par des experts et les scores M-ADBB obtenus par des professionnels formés :

Coefficient de corrélation = **0.82** IC [0.68-0.91] ($p < 0.001$). (39)

- Une troisième étude, n'a pas calculé ce coefficient mais a trouvé des résultats comparables entre les deux versions de l'échelle : Chez les nourrissons atteints de fente labio-palatine, la prévalence du retrait relationnel décroît significativement avec le temps (à mesure que l'on s'éloigne des procédures médico-chirurgicales intrusives et douloureuses). Dans cette population, l'item vocalisation obtient la moins bonne moyenne (caractéristique en lien avec les troubles de l'oralité de ces enfants). (38)

c. La fidélité :

- La fiabilité inter-juge :

Les auteurs de l'échelle M-ADBB ont obtenu un excellent accord inter-juge : coefficient oscillant entre **0.87** à **0.90**. (1)

L'accord était bon aussi dans l'étude népalaise (39) : ICC = **0.81** (0.71-0.91). Et ce résultat était nettement meilleur que pour l'ADBB (ICC 0.39) dans cette même équipe.

- **Consistance interne :**

Ref	Nombre de sujets	Coefficient de Cronbach ou GLB
(20)	83 enfants âgés de 10 à 12 mois	$\alpha = 0.8$
(41)	362 enfants âgés de 18 mois	$\alpha = 0.81$
(38)	136 enfants âgés de 3 à 6 mois 123 enfants âgés de 9 à 16 mois	$\alpha = 0.71$; IC 95% (0.64-0.79) $\alpha = 0.65$; IC 95% (0.54-0.74)
(39)	597 enfants âgés de 6 à 11 mois	GLB = 0.46

Tableau 5 : Consistance interne de l'échelle M-ADBB

La cohérence interne est moins bonne que pour l'échelle ADBB. Cela était attendu du fait que cette version de l'échelle comporte moins d'items. (32)

III. Utilisation de l'échelle M-ADBB

1. Conditions d'examen

Que ce soit pour l'utilisation de l'échelle ADBB comme de la M-ADBB, il est nécessaire d'avoir un temps d'observation de l'enfant d'au moins dix minutes. Idéalement dans une situation structurée et standardisée permettant à l'examineur une mise en perspective de la réaction des enfants aux mêmes stimulations.

L'examineur doit engager l'enfant dans la relation en lui parlant, le touchant, lui souriant, par exemple.

Ces conditions peuvent totalement se prêter à l'examen clinique du nourrisson en consultation. Et cela semble pouvoir facilement s'y intégrer. On trouve notamment dans le carnet de santé, aux pages concernant l'examen des 2 mois et 4 mois, les cases : "sourire réponse", "bouge vigoureusement les quatre membres", "suit des yeux", "émet une réponse vocale à une sollicitation", "vocalise", "attrape un objet qui lui est tendu". Ces paramètres recherchés lors de l'examen du développement sont aussi à prendre en considération dans l'évaluation M-ADBB.

Cependant, on ne peut faire une M-ADBB dans le cas où l'enfant vient pour une maladie aiguë, il faut aussi s'assurer qu'il n'ait pas sommeil, faim, besoin d'être changé ou toute autre cause d'inconfort générant des pleurs ou cris constants. Dans toutes ces situations l'enfant peut présenter un retrait relationnel ponctuel réactionnel normal.

L'échelle M-ADBB a été élaborée dans le but d'être plus facilement utilisable dans la pratique clinique quotidienne. Contrairement à l'échelle ADDB, qui se repose souvent sur la vidéo pour la cotation, cela est absolument facultatif pour le M-ADBB.

2. Ce que l'on doit observer

Chacun des items est défini par les auteurs (42) de la manière suivante :

- Expression faciale : Degré d'expressivité du visage au cours de l'examen (les pleurs ne sont pas comptés).
- Contact oculaire avec l'examineur : Nature du contact oculaire avec l'examineur, il s'agit surtout d'apprécier si le bébé accroche le regard.
- Vocalisations : Quantité de vocalisations au cours de l'examen. On ne parle pas de la qualité du développement du langage. Les pleurs sont exclus aussi.
- Activité générale : Les mouvements de la tête, du torse, des membres sont évalués, ceux spontanés ou en réponse à une stimulation. Les mouvements des mains et des doigts sont par contre exclus car ils sont souvent associés à des gestes d'autostimulation.
- Relation avec l'examineur : Capacité de l'enfant à engager une relation avec le clinicien (et non son parent) au cours de l'examen. La relation est évaluée à travers l'attitude de l'enfant envers l'autre, ses réactions aux stimulations, à l'interaction. Une réaction négative (par exemple, la peur de l'étranger) compte positivement comme une preuve de relation.

Un extrait du manuel d'utilisation de l'échelle M-ADBB rédigé par Matthey et son équipe se trouve en annexe (p.149). (42)

Les auteurs recommandent d'utiliser cette échelle durant l'examen clinique de routine du nourrisson en ayant les cinq éléments à rechercher à l'esprit. Ils proposent comme moyen mnémotechnique, le mot "FEVAR" (Facial expression, Eye contact, Vocalisation, Activity, Relationship), proche du mot "FEVER" (fièvre en anglais) qui aurait pu être prononcé d'une façon erronée par un enfant.

3. Cotation et interprétation du résultat

Concernant la cotation, chaque item doit être noté de la façon suivante :

- Satisfaisant = 0
- Problème possible = 1
- Problème certain = 2.

A l'exception de l'item "vocalisation" qui doit être noté uniquement par 0 ou 1.

A noter que certains items sont dits "tempéramentaux", c'est à dire liés au degré et au style de réaction du bébé aux stimuli de manière générale (et pas uniquement aux stimuli sociaux) (19,42).

Il s'agit des items : expression faciale, activité générale et vocalisations.

Pour ceux-là, en cas de doute entre deux notes, on sera plus indulgent et on choisira la plus basse.

Les autres items sont dits "relationnels" et sont considérés comme invariables, ils ne sont pas liés au tempérament de l'enfant.

Il s'agit des items : contact visuel et relation.

Pour eux, en cas de doute entre deux notes, on sera plus rigoureux et on choisira la plus haute.

Au terme de son observation, le clinicien peut conclure sur les capacités relationnelles de l'enfant et estimer s'il y a une anomalie possible, voire certaine.

En convertissant en valeur numérique la cotation de chaque item puis en les additionnant on obtient un score total. Un score supérieur ou égal à 2 (deux problèmes possibles ou un problème certain) est en faveur d'un retrait relationnel. Le score de 0 signifiant que l'enfant a de bonnes compétences relationnelles.

Si le résultat obtenu montre une attitude de retrait, il faut re-convoquer l'enfant une quinzaine de jours plus tard afin de le confirmer. Le retrait relationnel étant pathologique s'il s'installe de façon durable.

Pour chaque item pour lequel il existe un problème possible ou certain, il faut se demander si cela est spécifique à une relation ou si cela s'applique à tout interlocuteur.

Le clinicien doit aussi s'interroger s'il a convenablement tenté d'engager l'enfant durant son examen, si ce n'est pas le cas, l'évaluation est faussée. (42)

Pour résumer, devant une évaluation évocatrice d'un retrait relationnel (score ≥ 2), les auteurs (42) recommandent alors de :

- 1) Répéter l'évaluation 2 semaines plus tard
- 2) Demander aux parents si cette attitude est habituelle chez l'enfant : "est il bavard à la maison, avec les autres ? sourit-il facilement ou il lui faut du temps ?"
- 3) Interroger les parents sur leur état émotionnel depuis la naissance (et pas seulement avec l'EPDS)
- 4) Considérer le développement psychomoteur global
- 5) Adresser l'enfant à un service psychosocial ou pédiatrique adapté pour la suite de la prise en charge selon l'hypothèse étiologique.

4. Pour quels enfants utiliser l'échelle ?

Cette échelle se prête à une utilisation en consultation de suivi du développement, hors pathologie aiguë.

Les auteurs recommandent une utilisation pour tout enfant âgé de 3 à 18 mois, mais en pratique elle est aussi utilisée de la naissance à 24 mois comme la version longue.

On peut imaginer que l'échelle soit utilisée de manière systématique à visée de dépistage universel.

Les situations à risque de retrait relationnel (cf : les causes de retrait) doivent plus particulièrement attirer l'attention.

Matériel et méthode

I. Objectifs et justification du type d'étude

Au cours de mon internat, lors du stage en pédiatrie, j'ai eu la chance de pouvoir assister à la formation ADBB/M-ADBB du Pr Guedeney. J'ai trouvé le sujet passionnant et j'ai compris qu'il était fondamental de savoir identifier un nourrisson en retrait relationnel au vu des causes et des conséquences qui lui sont associées.

L'échelle M-ADBB m'a paru être un outil intéressant pour sensibiliser et aider les généralistes au repérage du retrait relationnel du nourrisson. Son format court semble adapté à une utilisation en pratique clinique courante

L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'applicabilité de l'échelle M-ADBB par les médecins généralistes de formation exerçant en soins primaires.

Les objectifs secondaires étaient :

- identifier des différences entre les médecins ayant suivi une formation officielle ADBB/M-ADBB et ceux ayant été simplement sensibilisés à l'échelle M-ADBB via un "*crash course*".
- identifier les apports de cette échelle dans la pratique clinique

Une étude qualitative était le plus adaptée, en effet, "les travaux de recherche qualitative, par leur approche compréhensive, permettent l'accès à une information sur la perspective des acteurs, leur expérience, leurs interactions, leurs comportements". (43)

Une étude sur l'applicabilité de l'échelle longue en soins primaires (44) a souligné l'intérêt de réaliser des entretiens qualitatifs avec les professionnels de santé concernés en vue d'obtenir différents points de vue sur les facteurs ayant une incidence sur le processus de mise en œuvre de l'échelle.

Dans le cadre de notre étude, une analyse qualitative permettait de vérifier la pertinence de l'échelle M-ADBB dans la pratique des généralistes et, dans l'affirmative, d'envisager une stratégie d'application.

II. Population cible et méthode de recrutement

1. Population cible

Cette étude s'intéresse aux médecins exerçant en soins primaires car étant en première ligne dans le parcours de soins des patients, ils détiennent un rôle capital dans la prévention et le dépistage. Et c'est à ce niveau que devrait être recherché le retrait relationnel afin de déclencher une prise en charge précoce adaptée et parfois spécialisée (soins secondaires).

Tout enfant doit être suivi régulièrement depuis sa naissance pour veiller à son bon développement ; ce suivi peut être assuré par un médecin généraliste, un médecin de PMI ou un pédiatre.

Les médecins de crèche ont un rôle complémentaire et assurent notamment la visite médicale d'entrée en crèche, le bon développement et l'adaptation des enfants dans l'établissement, et veillent aussi à l'intégration d'enfants nécessitant une attention particulière (45).

Nous avons recruté des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral, en PMI ou en crèche. Certains médecins ayant une activité pédiatrique exclusive, d'autres partielle. Les pédiatres étaient exclus dans cette étude, car ils possèdent par définition une plus grande expertise pédiatrique, ainsi le bénéfice potentiel de l'échelle M-ADBB semble moindre.

Dans cette étude nous avons distingué deux groupes :

- Le premier était constitué de médecins généralistes de PMI et de crèche ayant été formés à l'échelle M-ADBB dans le cadre du réseau Périnatalité Occitanie.
- Le second était constitué de médecins généralistes libéraux, de crèche et de PMI qui n'avaient pas reçu de formation à l'échelle M-ADBB.

Le réseau Périnatalité Occitanie (46) est une structure de coordination de professionnels médico-sociaux financée par l'ARS. Il vise à promouvoir la santé en amont et en aval de la naissance avec notamment le repérage précoce de difficultés de développement et l'organisation d'un suivi rapproché pour les enfants vulnérables.

Les médecins du premier groupe faisant partie de ce réseau ont pu bénéficier d'une formation ADBB/M-ADBB animée par le Pr Guedeney (pédopsychiatre et auteur de l'échelle ADBB) et le Dr Souksi (pédiatre, membre du réseau et directrice de cette thèse). Cette formation comprenait deux séries de deux jours alliant théorie et pratique avec des entraînements à l'utilisation des échelles en cotant des vidéos d'enfants filmés en consultation.

2. Critères d'inclusions

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être docteur en médecine générale
- exercer en soins primaires

Et, uniquement concernant le premier groupe de médecins :

- avoir été formé à l'échelle M-ADBB

Pour le deuxième groupe, ce dernier constituait à l'inverse, un critère d'exclusion.

3. Processus de recrutement

Les médecins ont été recrutés sur une zone géographique allant des Pyrénées Orientales jusqu'au Vaucluse.

Le premier groupe a été recruté entre novembre 2020 et janvier 2021.

L'invitation à participer à l'étude a été envoyée par mail, d'abord par l'intermédiaire de la secrétaire du

réseau Périnatalité Occitanie, puis par relances individuelles afin favoriser un meilleur taux de réponse.

Le second groupe a été recruté entre mai et juillet 2021.

Des médecins libéraux ont été sélectionnés en fonction de leur profil (genre, durée de carrière, lieu d'exercice) dans le but d'obtenir une population diversifiée.

Ils ont été contactés directement sur leur adresse mail personnelle ou par l'intermédiaire de leur secrétaire dans le cas d'une MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) et d'une MSPU (MSP Universitaire).

Les médecins de PMI étaient issus de la PMI du Vaucluse. Nous avons organisé avec la collaboration de la directrice et de sa secrétaire deux *crash courses* (cf : ci-après) en visioconférence. Chaque médecin ayant participé a été recontacté directement par mail.

L'analyse étant qualitative, il n'y avait pas un nombre de sujets nécessaires préalablement défini. Pour le premier groupe, nous avons sollicité la totalité des médecins ayant suivi la formation ADBB/M-ADBB dans le cadre du réseau Périnatalité Occitanie et nous avons été limités par le nombre de réponses. L'échelle étant alors peu connue, il était difficile de trouver d'autres praticiens répondant aux critères d'inclusion.

Pour le deuxième groupe, nous avons visé à interroger autant de médecins que dans le premier groupe, puis nous avons veillé à obtenir la saturation des données.

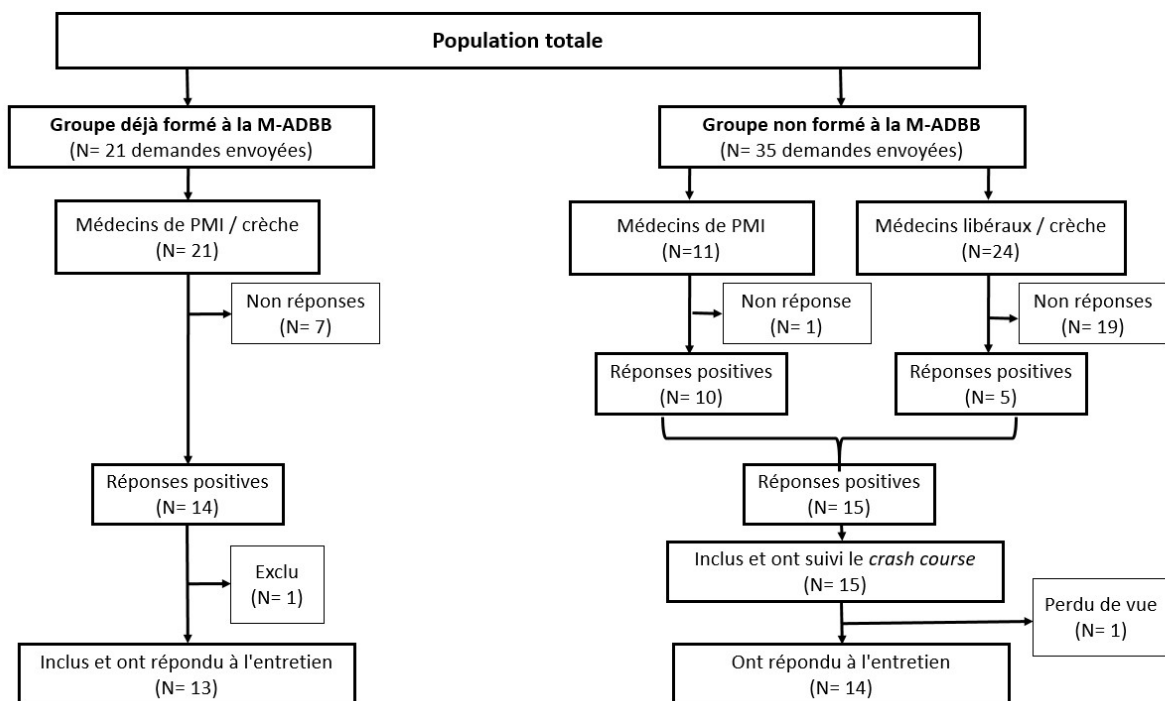


Figure 2 : diagramme de flux

Un médecin a été exclu car il n'exerçait pas en soins primaires.

III. Le “*crash course*”

Pour les médecins du deuxième groupe qui ne connaissaient pas l'échelle M-ADBB, nous avons élaboré une présentation brève de cet outil surnommée “*crash course*” (cours accéléré), qui était composée de :

- Un diaporama (cf : annexe p.152) abordant le concept de retrait relationnel, l'échelle M-ADBB et son utilisation. Ce support a été relu et corrigé par le Pr Guedeney auteur de l'échelle ADDB.

- Deux vidéos illustratives, durant cinq minutes chacune.

La première vidéo montre l'examen à la PMI d'un nourrisson de 2 mois appelé Cyril qui ne présente pas de retrait relationnel. La mère de Cyril ainsi que le médecin effectuant l'examen dans le film ont donné leur accord écrit pour l'utilisation de cette vidéo dans ce cadre professionnel et pédagogique.

La seconde vidéo est issue d'un film d'archive des années 60 en accès libre sur internet (47). Y figure Nora, 14 mois, qui souffre d'une grande négligence maternelle. Le film retrace son évolution au cours d'une hospitalisation durant laquelle elle reçoit une stimulation humaine intense. Initialement Nora présente un retrait relationnel sévère qui s'amenuise au fil des semaines.

Au total, le *crash course* durait une trentaine de minutes.

La présentation avait lieu soit en face à face avec le médecin, soit en visioconférence via le logiciel Zoom ou Teams.

Les médecins libéraux ont suivi la présentation de façon individuelle et les médecins de PMI du Vaucluse l'ont suivi en groupe.

Un “mémo d'utilisation” (cf : annexe p.158) était remis à chaque médecin afin qu'ils gardent une trace de cette formation accélérée et qu'ils puissent s'y référer si nécessaire.

Au cours de cette présentation, il était exposé aux participants, le souhait de connaître leur avis sur l'échelle M-ADBB quelques semaines plus tard au travers d'un entretien téléphonique. Il ne leur était cependant pas demandé d'utiliser obligatoirement l'outil.

IV. Méthode de recueil des données

1) Recueil des caractéristiques de la population

Après un premier contact par mail, les médecins répondant aux critères d'inclusion et consentant à participer à l'étude ont été invités à répondre à un questionnaire (cf : annexe p.159) via un *google form*. Celui-ci était inspiré d'une étude sur l'applicabilité de l'échelle longue (ADBB) en soins primaires (44).

Il visait à recueillir les caractéristiques des participants avec notamment l'ancienneté de carrière, le

type d'exercice et une autoévaluation sur la capacité à identifier un enfant au développement émotionnel à risque.

2) Réalisation des entretiens

A. Modalités d'entretien

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés avec chaque médecin inclus dans l'étude.

Les entretiens ont eu lieu entre décembre 2020 et février 2021 pour le groupe 1, entre août et octobre 2021 pour le groupe 2.

Concernant les médecins qui ont suivi le *crash course* (deuxième groupe), l'entretien avait lieu au moins 2 mois après ce dernier, selon les disponibilités de chacun.

Tous se sont déroulés par voie téléphonique. A l'exception d'un en visioconférence à titre d'essai. Le téléphone a été retenu, étant le moyen de communication le plus facile et le plus rapide d'accès. Le distanciel était aussi plus approprié en situation d'épidémie de covid.

Le vouvoiement ou le tutoiement étaient utilisés selon le degré de connaissance avec la personne interrogée ou selon sa convenance.

B. Guide d'entretien

Les entretiens étaient orchestrés par un guide élaboré avec l'appui d'un atelier thèse du département de médecine générale de la faculté de Montpellier. Le questionnaire était en partie inspiré de l'étude sur l'applicabilité de l'échelle longue (44).

Le guide d'entretien permettait de structurer l'échange et d'aborder différentes thématiques : l'apprentissage de l'échelle, la contribution à la pratique, les freins à son application et sa pertinence globale.

Une modification de la tournure de phrase de la question 5 a été faite pour le deuxième groupe de médecins afin qu'elle soit "ouverte" et amène l'informateur à répondre de manière plus libre et argumentée.

Guide d'entretien

Quelques mots d'introduction :

- pour remercier le médecin de sa participation
- pour recontextualiser l'étude
- pour expliquer les modalités de l'entretien : Durée de 15 à 30 minutes. Demande d'accord pour enregistrement audio. Garantie d'anonymisation des données.

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Relances :
- temps passé
 - clarté du contenu des items
 - recours au support technique
 - perfectionnement après quelques semaines de pratique

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- Relances :
- systématique ou dans certains cas
 - plutôt ADDB ou M-ADBB
 - recours à la vidéo
 - traçabilité dans le dossier

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a-t-elle pu contribuer positivement à votre pratique ?

- Relances :
- sensibilisation / nouvelle connaissance
 - modification suivi / prise en charge

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- Relances :
- chronophage
 - problème des parents
 - incertitude du résultat

5) De façon globale, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Modification de la 5ème question pour la deuxième série d'entretiens :

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Figure 3 : Le guide d'entretien

C. Recueil des verbatims

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, avec l'accord oral du participant qui était informé que les données seraient anonymisées par la suite.

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits en verbatims (cf : annexes p.161). La retranscription était faite mot à mot avec inclusion des expressions de langages type hésitation ou rires qui permettait de nuancer les propos.

Chaque entretien a été identifié par un numéro pour le premier groupe et par une lettre pour le second groupe.

D. Ethique et respect des données personnelles

Cette recherche n'impliquait pas la personne humaine, au sens juridique du terme, et ne nécessitait donc pas d'autorisation du Comité de Protection des Personnes. L'avis d'un comité d'éthique n'était pas requis non plus.

En accord avec le RGPD (Règlement Général de la Protection des Données), les données personnelles ont été gardées confidentielles ou anonymisées.

Procédure d'anonymisation

L'anonymisation des données était garantie à l'informateur par mail puis à l'oral au début de l'entretien.

L'anonymat était rendu pour :

- Les réponses au questionnaire *google form* recueillant les caractéristiques des participants. Les années d'obtention du doctorat n'ont pas été révélées afin de limiter les possibilités d'identification.
- Les verbatims. Les noms de personnes et des villes ont été supprimés pour renforcer l'anonymat.

V. Méthode d'analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Ce type d'analyse était suffisant et adapté pour aborder la question de l'applicabilité d'un outil au travers de l'expérience des praticiens.

Un atelier thèse du département de médecine générale de l'Université de Montpellier et deux ouvrages ont permis de guider cette analyse : L'entretien compréhensif de Kaufman (48) et L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales de Paillé et Mucchielli (49).

L'analyse des verbatims a été réalisée sur support papier.

La thématisation a été réalisée selon un processus continu. Au cours de plusieurs lectures des

verbatim, des unités de signification ont été extraites de façon progressive et linéaire. A partir de celles-ci, des thèmes ont été identifiés par inférence et reportés sur un relevé de thèmes. Nous avons regroupé les thèmes selon des catégories classificatoires et autour d'axes thématiques. Enfin nous avons organisé logiquement et schématiquement les différents ensemble par des arbres thématiques. Le logiciel en ligne GitMind a été utilisé à cet effet.

En parallèle, des tableaux (cf : annexes p.224) ont été construits en reprenant de façon exhaustive les idées exprimées par chaque médecin afin d'avoir une vue d'ensemble et aider à l'analyse.

Afin de renforcer la validité interne de l'étude, nous avons réalisé une triangulation partielle avec le Dr Souksi.

Résultats

I. Caractéristiques de la population étudiée

1) Caractéristiques des participants

27 médecins généralistes ont participé à l'étude.

Le premier groupe était composé de 13 médecins qui avaient suivi une formation ADBB/M-ADBB entre 2016 et 2019. Il s'agissait d'une formation de plusieurs jours pour la majorité, seul un médecin (m6) avait suivi une seule journée de sensibilisation.

Le second groupe était composé de 14 médecins, ceux ayant suivi le *crash course*.

Leurs caractéristiques sont définies dans le tableau ci-dessous. Un tableau propre à chacun des groupes est également disponible en annexe (p.160).

<i>Ensemble des participants</i>	N	%	Moyenne	Médiane	Min	Max
Total :	27					
Genre : - féminin - masculin	24 3	89 % 11 %				
Année de thèse :			1997.3	1996	2021	1983
Durée de carrière : - < 10 ans - 10 - 20 ans - 20 - 30 ans - > 30 ans	4 6 6 11	15 % 22 % 22 % 41 %				
Lieu d'exercice : - urbain - semi-rural - rural	12 11 4	44 % 41 % 15 %				
Type d'exercice : - PMI - cabinet libéral - crèche	21 5 2	78 % 19 % 7 %				
Activité pédiatrique : - rarement - parfois / hebdomadaire - souvent / quotidien - très souvent : patientèle principale.	1 6 2 18	4 % 22 % 7 % 67 %				

Tableau 6 : Caractéristiques de l'ensemble de la population étudiée

La proportion de femmes était largement prédominante.

L'ancienneté de carrière était équivalente dans les deux groupes et la médiane se trouvait à 25 ans d'exercice.

Concernant le type d'exercice, la majorité des participants étaient médecins de PMI, cinq participants avaient une activité libérale et deux étaient médecins de crèche. Un médecin libéral exerçait à la fois en cabinet et en crèche, il a été compté dans les deux catégories dans les chiffres sur le type d'exercice, pour les autres données, il est compté comme médecin libéral.

Parmi les médecins libéraux interrogés : Un était médecin remplaçant. Quatre exerçaient dans un centre ou maison médicale. Un avait une activité exclusivement pédiatrique.

La part des consultations pédiatriques (0-24 mois) de ces médecins est détaillée figure 4.

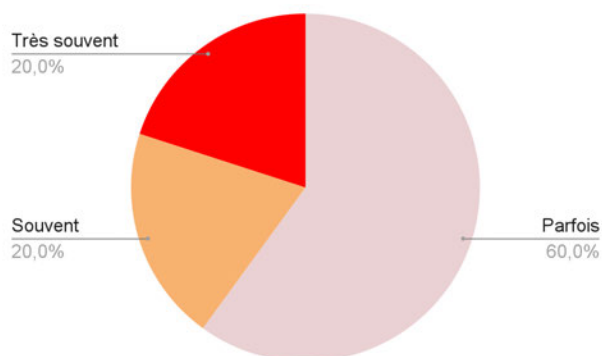


Figure 4 : Activité pédiatrique des médecins libéraux du groupe 2

Les graphiques suivants figurent les données démographiques des participants :

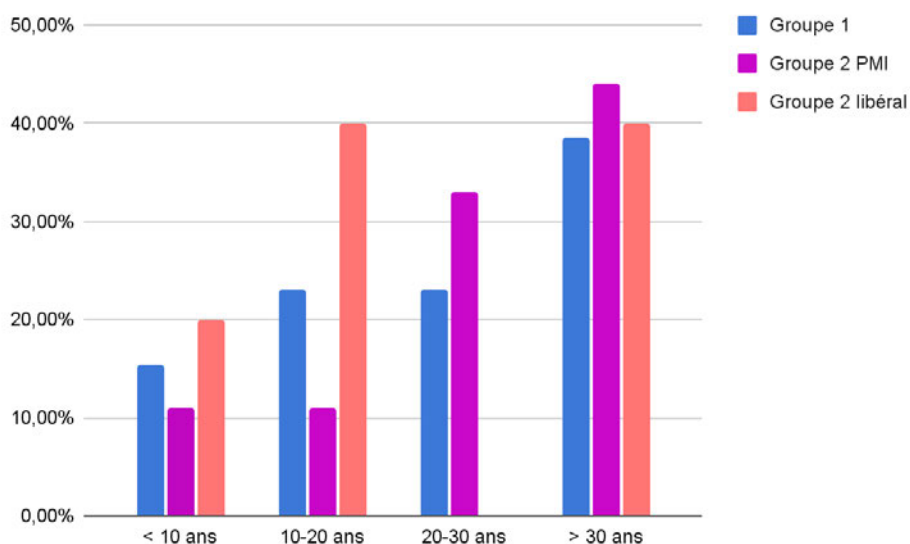


Figure 5 : Répartition de l'ancienneté de carrière à travers les groupes

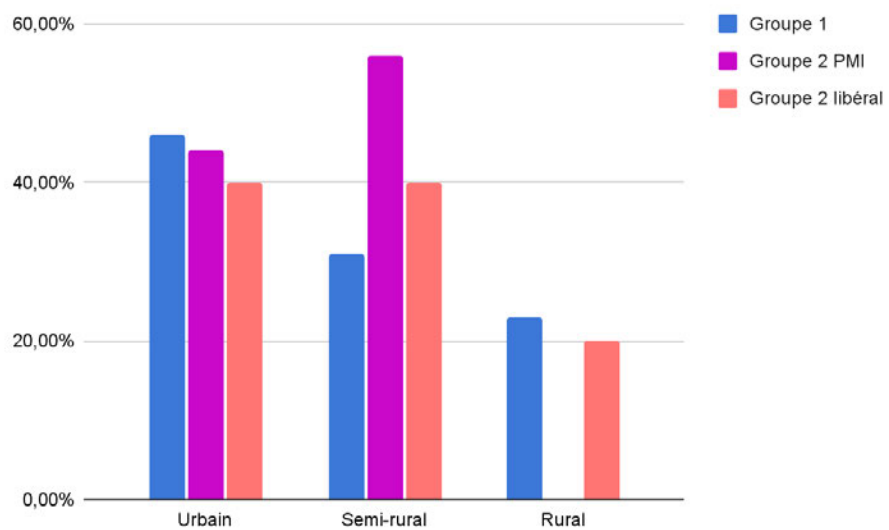


Figure 6 : répartition géographique à travers les groupes

Ainsi nous avons obtenu une population d'étude relativement diversifiée.

Médecin	Type d'activité ; Fréquence consult 0-24 mois	Ancienneté d'exercice	Sexe	Localité
1	PMI	> 30 ans	féminin	rural
2	PMI	< 10 ans	féminin	urbain
3	chef de service de PMI ; parfois	20 - 30 ans	féminin	semi-rural
4	PMI	> 30 ans	masculin	semi-rural
5	PMI	20 - 30 ans	féminin	semi-rural
6	PMI	< 10 ans	féminin	urbain
7	crèche	> 30 ans	féminin	urbain
8	PMI	30 ans	féminin	urbain
9	chef de service de PMI ; rarement	10 - 20 ans	féminin	urbain
10	PMI	10 - 20 ans	féminin	urbain
11	PMI	10 - 20 ans	féminin	rural
12	PMI	> 30 ans	féminin	semi-rural
13	PMI	> 30 ans	féminin	rural
A	médecin remplaçant libéral ; parfois	< 10 ans	féminin	plutôt semi-rural
B	cabinet libéral ; souvent	> 30 ans	masculin	urbain
C	cabinet libéral ; parfois	> 30 ans	masculin	urbain
D	cabinet libéral ; activité pédiatrique exclusive	10 - 20 ans	féminin	semi-rural
E	cabinet libéral + crèche ; parfois	10 - 20 ans	féminin	rural
F	PMI	> 30 ans	féminin	semi-rural
G	PMI	> 30 ans	feminin	urbain
H	PMI	> 30 ans	féminin	urbain
I	PMI	> 30 ans	féminin	semi-rural
J	PMI	< 10 ans	féminin	semi-rural
K	PMI	> 30 ans	féminin	semi-rural
L	PMI	20 - 30 ans	féminin	semi-rural
M	PMI	10 - 20 ans	féminin	urbain
N	PMI	20 - 30 ans	féminin	urbain

Figure 7 : Descriptif de chacun des participants

À la question : **“Pensez vous avoir les compétences nécessaires pour détecter les enfants ayant un développement socio-émotionnel à risque ?”**, sur une échelle allant de “1- Pas du tout” à “4- Totalement”, les résultats sont présentés sur la figure 8.

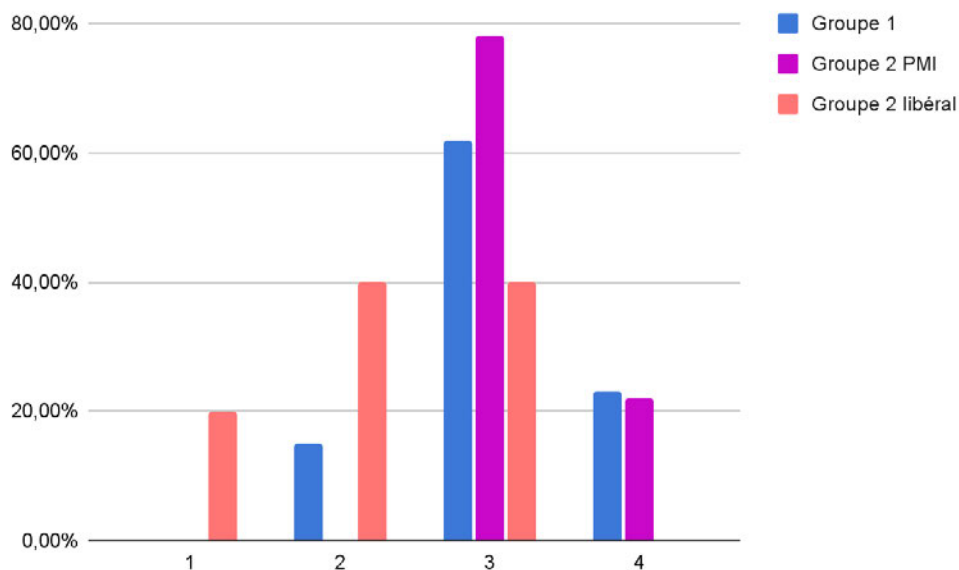


Figure 8 : Auto-évaluation des compétences pour détecter les enfants ayant un développement socio-émotionnel à risque.

Globalement, les médecins de PMI se sentent plus en capacité d’identifier les enfants à risque sur le plan socio-émotionnel.

A noter, pour le second groupe certains ont répondu au questionnaire après le *crash course*, cela a pu modifier la perception de leurs compétences et donc leur auto-évaluation.

La question **“Selon vous, qu’est-ce que le retrait relationnel du nourrisson ?”** a été posée aux médecins du deuxième groupe. Seules les réponses données avant le *crash course* ont été prises en compte, elles sont présentées dans le tableau suivant.

	Réponses
Libéraux	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'interaction entre l'enfant et l'autre qui peut être dû à des causes somatiques, un TND. - Un nourrisson même sollicité ne vient pas dans la relation. - Absence de sécurisation affective de l'enfant.
PMI	<ul style="list-style-type: none"> - Pauvreté des interactions précoces entravant le développement psychomoteur normal. - Un nourrisson qui n'est pas en symbiose avec sa maman. - Difficultés d'interactions précoces perceptibles dans l'éveil et la posture du bébé. - Pour moi, c'est un moyen pour le nourrisson de se préserver d'une relation difficile voire impossible à sa figure d'attachement mais qui peut faire le lit de pathologies

	<p>comme la dépression, les troubles de la communication...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un syndrome caractérisant un enfant avec lequel il est difficile d'entrer en relation, apathique, manifestant peu d'intérêt pour ce qui l'entoure et ne cherchant pas à attirer l'attention de son entourage sur lui. Signe de grande souffrance psychologique et/ou physique de l'enfant. - Enfant qui présente peu de relations avec son entourage (sourires, regards, interactions..) - Enfant qui ne rentre pas en relation, risque de trouble de l'attachement. - Détournement du regard, mauvaise adaptation tonico-posturale, indifférence aux sollicitations pouvant entrer dans le cadre d'un trouble de l'attachement, d'un syndrome dépressif, d'un TSA, de pathologie sensorielle...
--	---

Dans l'ensemble, les médecins savaient bien définir le retrait relationnel et ses causes. Les signes cliniques et les conséquences du retrait ont uniquement été cités par des médecins de PMI uniquement.

2) Caractéristiques des médecins n'ayant pas participé à l'étude

Parmi les 56 médecins sollicités pour participer à l'étude, 27 n'ont pas donné suite.

Dans le premier groupe, on comptait 7 absences de réponses, il s'agissait de :

- 6 femmes et 1 homme
- 3 exerçaient à la PMI des Pyrénées Orientales, 3 à la PMI de l'Hérault et 1 était médecin généraliste dans l'Hérault et avait été formé aux échelles ADBB/M-ADBB au travers de groupes de pratique.

Dans le deuxième groupe, on comptait 20 absences de réponses, parmi elles :

- 1 médecin femme de PMI exerçant en milieu urbain qui a été perdue de vue après le *crash course*.
- 19 médecins libéraux n'ayant a priori pas une pratique pédiatrique exclusive : 12 femmes et 7 hommes. 1 exerçant dans une MSP en milieu rural, 1 dans un centre de santé en semi-rural et 17 en milieu urbain (dont 10 dans une MSPU, 6 dans une MSP).

II. Caractéristiques des entretiens réalisés

Les entretiens ont eu lieu entre 63 et 138 jours (moyenne 91.5 jours ; mode 90.5 jours) après le *crash course* pour les médecins du deuxième groupe.

27 entretiens ont été réalisés au total. Leur durée est reportée dans le tableau suivant :

	Durée moyenne	Mode	Minimale	Maximale
Groupe 1	19.5	19	14	26
Groupe 2	14.9	14	8	26

Tableau 7 : Durée des entretiens (en minutes)

Les médecins du premier groupe ayant suivi une formation plus complète et donc plus engageante, avaient plus d'éléments à exprimer. De plus, ils avaient une expérience de l'outil plus longue, de plus d'un an.

L'enregistrement audio d'un médecin du groupe 1 (n°8) était dysfonctionnel ce qui n'a pas permis une retranscription fidèle. Cependant, les notes prises au cours de la discussion ont permis de restituer les propos importants.

Au terme des entretiens nous étions proche de la saturation des données.

III. Résultats de l'analyse qualitative

Les résultats de l'analyse thématique sont présentés ici. Chaque question est abordée selon le groupe 1, puis selon le groupe 2. Un troisième arbre thématique est présenté en conclusion de chaque partie afin de mettre en perspective les points de vue de l'ensemble des médecins interrogés.

Pour chaque thème, quelques citations sont rapportées mais ce n'est pas exhaustif. Les propos retranscrits en italiques sont ceux des informateurs et ceux qui ne le sont pas, ceux de l'enquêteur.

L'intégralité des verbatims se trouve en annexe (p.161), ainsi que les tableaux de synthèse des idées données par les informateurs (p.230).

Quelques graphiques ont été dessinés pour représenter visuellement certaines proportions de réponses. Les valeurs sont toujours exprimées en nombre de médecins et l'échelle est ajustée au nombre total d'informateurs (n= 13 et 14 dans les groupes 1 et 2 respectivement).

Selon Kaufman : "Quelques proportions donnent des informations intéressantes mais sont à considérer avec prudence en analyse qualitative, elles ont un caractère secondaire. En aucun cas elles ne peuvent jouer un rôle de renforcement de la validité des résultats." (48)

Selon Paillé et Mucchielli : "Une équation trop simple voudrait que ce qui intéresse le scientifique est ce qui fait loi en vertu du principe de répétition, de récurrence et de généralisation. Les informations récurrentes ne sont pas les seules à posséder une valeur". (49) Les informations rares sont aussi importantes pour l'analyse.

1) Les difficultés d'apprentissage

Tout d'abord, nous avons souhaité connaître le point de vue des médecins concernant le niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADDDB.

A. Difficulté d'apprentissage perçue par le groupe 1

On s'intéresse ici aux réponses des médecins ayant été formés à l'échelle M-ADBB.

a. Des pré-requis nécessaires

Trois médecins considèrent que l'apprentissage de l'échelle M-ADBB nécessite certains pré-requis :

- Une expérience pédiatrique

Deux d'entre eux (9 et 7) soulignent qu'il faut une expérience pédiatrique pour s'approprier l'échelle tant pour son apprentissage que pour justifier de son utilisation par la suite :

"Ça nécessite une pratique et une expérience du jeune enfant." (m9)

"Il fallait quand même une grande expérience des enfants pour pouvoir la mettre en pratique. [...] Je vais avoir 60 ans, alors il y a des formations qu'on n'a pas eu du tout quand on était médecin, notamment en pédiatrie, cette approche là, ce sont des choses qui n'ont jamais été enseignées, donc j'ai vraiment eu, moi, le besoin d'aller me former et faire pleins de formations différentes pour pouvoir appréhender le comportement de l'enfant. Et c'est finalement parce que j'en ai vu beaucoup beaucoup que j'ai pu être en capacité après de pouvoir mettre en place et de pouvoir réaliser cette échelle. [...] Je trouve que ce n'est pas d'un abord si facile, je trouve que quand on n'a pas l'habitude des enfants ou qu'on n'a pas été bien formé parce que des consultations... En fait, avoir le temps d'observer l'enfant, ça aussi. Vraiment avoir le temps." (m7)

Ces arguments font écho à la dernière question qui aborde le profil des médecins pour lesquels cette échelle serait pertinente et applicable.

- Apprentissage de l'échelle ADDB préalable

Pour un médecin, il faut passer par l'apprentissage de l'échelle longue avant de se saisir de l'échelle modifiée. Cela impliquerait alors une formation plus complète qu'un *crash course*.

"Même si M-ADBB, elle est plus courte, il faut quand même passer par l'apprentissage de l'échelle complète avant de passer à la courte." (m11)

b. Une formation nécessaire

Un médecin dit clairement que : *"Donner l'échelle, sans formation avec ne semble pas possible."* (m8)

- Une temporalité variable :

Le temps de formation nécessaire est très variable selon les avis :

"Ça peut être très rapide." (m12)

“Il faut minimum une demi-journée.” (m1)

“Je pense que 4 jours c'est quand même pas de trop !” (m9)

“Il faudrait encore plus de séances [ce médecin a reçu 4 jours de formation] [...] Ça ne m'a pas dérangé d'utiliser ce temps, mais oui il faut l'avoir.” (m2)

- **Modalités de formation :**

• **Support vidéo**

Plusieurs médecins (1, 2 et 10) trouvent intéressant de visionner des vidéos afin d'illustrer le retrait relationnel et de s'entraîner à utiliser l'échelle.

“Au moins une formation avec des vidéos. [...] Avec les vidéos c'est beaucoup plus parlant et efficient.” (m1)

• **Formation en groupe**

Le médecin n°10 attire l'attention sur l'intérêt de visionner les vidéos en groupe.

“Nécessite effectivement de voir et de s'entraîner ensemble sur des vidéos, de comparer sa cotation avec celles des collègues, voir si on est dans les cordes ou pas.” (m10)

c. Une formation continue

- **Réviser**

• **Relecture des documents**

Deux médecins mentionnent l'utilité de revoir les supports de la formation du Pr Guedeney.

- A court terme après la formation :

“J'ai relu les documents avec ma collègue.” (m1)

- Et à plus long terme :

“Je pense que je vais sortir mes documents et que je vais les relire. Peut-être avoir un outil de plus. Peut-être qu'avec du recul ça m'apportera plus. Parce que je me suis formée à d'autres choses en même temps.” (m7)

• **Formation de rappel**

Deux médecins ressentent le besoin de refaire des formations à l'échelle :

“Mais il faut aussi je pense, là pour le coup, une journée un an après, pour re-fixer les choses.” (m11)

“Moi ça m'irait bien une piqûre de rappel d'une demi-journée ou d'une journée, pour qu'on fasse une petite

évaluation de la pratique qu'on en a, de refaire des vidéos. Quand on a fait la formation, ça vaut le coup de se repencher sur des choses vraiment techniques, re-réfléchir aux choses...

Car on a tendance à oublier avec le temps ou c'est la crainte de dévier des items ?

Crainte de dévier des items." (m1)

Ces derniers exercent dans un département qui ne propose pas de groupe de pratique ADBB/M-ADBB (cf : paragraphe suivant). Les groupes de pratique peuvent être une alternative à la formation de rappel.

- **Pratiquer**

Plusieurs médecins expliquent qu'il est important de pratiquer régulièrement l'échelle pour une meilleure maîtrise de l'outil.

- **Dans sa pratique personnelle**

"Avec ma collègue on s'était dit qu'il faut vraiment qu'on puisse en faire régulièrement. Parce que c'est comme tout, on fait des formations et après hop, on oublie." (m3)

- **Avec un groupe de pratique** (cf : n°2, 8 et 9)

"Je pense qu'il faut beaucoup de pratique. [...] Refaire des réunions entre nous et des vidéos et coter. En fait, il faut pratiquer l'ADBB. C'est sûr que la formation ça peut suffire, mais il faut la pratiquer." (m2)

"C'est une échelle qui nécessite de la pratique, et en théorie elle doit être suivie quand même d'un groupe de pratique. [...] Avoir une cotation qui soit fiable nécessite un entraînement." (m9)

On remarque que la notion de groupe revient donc souvent comme fructueuse tant dans la formation initiale que dans la formation continue.

d. Avoir un support technique

Près de la moitié des médecins interrogés ont dit avoir la grille ADBB/M-ADBB (cf : annexe p.151) à disposition afin de pouvoir s'y référer et ne pas faire d'erreur :

"Elle est dans mon portfolio à côté de mon ordinateur au cabinet. Et je sais où elle est, et je peux m'y référer. [...] Je ne la connais pas par cœur." (m6)

"Revenir toujours au petit document, pour bien coter." (m13)

"Moi je l'ai toujours dans mon bureau parce que justement, quand je sens pas un bébé, je le fais. [...] Je pense qu'il faut l'avoir à côté de soi pour que ce soit facilement utilisable. [...] Parce que si on le met dans un dossier on l'oublie. Le fait de l'avoir à côté en permanence en consult, il y a les critères qui reviennent plus facilement. Même si on le fait involontairement, je trouve que ça marque plus le coup." (m5)

e. Niveau de difficulté globale

Le niveau de difficulté perçue est aussi très variable selon les avis.

- Difficile

Près de la moitié des médecins y trouvent des difficultés.

Le groupe 1 a suivi la formation de 4 jours comprenant l'ADBB en plus de la M-ADBB. Il est probable que leur ressenti soit impacté par l'apprentissage de l'échelle longue. Un médecin (m13) modère la difficulté avec la M-ADBB, pour deux autres (m2 et m4) l'échelle M-ADBB demeure tout aussi difficile.

Différents facteurs sont causes de difficultés :

• La subtilité de la cotation

- Pour certains (2, 3, 4, 10, 11 et 13) le système de cotation semble **trop complexe** :

“Ça reste assez complexe quand même, l'apprentissage... C'est vrai que c'était assez subtil, il y avait pas mal de critères.” (m11)

“Ce serait plus agréable d'avoir quelque chose de plus transparent, de plus facile à retenir. Car c'est vrai que c'est technique. [...] On aboutit à ce que je pense être une usine à gaz. [...] D'une manière générale, oui c'est beaucoup trop compliqué. Parce que, ne marchent que les choses simples. Le feu il est soit rouge, soit vert, la plupart des gens ne savent même pas ce que veut dire un feu orange.” [...] “En fait je crois qu'il faudrait, c'est l'histoire du feu rouge là. Il faudrait un truc, des items beaucoup moins développés, une mini-M-ADBB.” (m4)

Par la suite, m4 et m11 confessent ne pas utiliser l'échelle. Cette complexité perçue pourrait expliquer en partie la non utilisation.

“J'ai trouvé ça difficile [...] ça m'a demandé beaucoup de mobilisation, de concentration. [...] Je n'étais pas toujours d'accord avec ce qui avait pu être mis. Et j'ai trouvé ça difficile, d'aborder, d'appréhender ça alors que j'ai déjà la formation sur la sensori-motricité qui aborde aussi des choses qui sont très subtiles à comprendre, qu'on n'apprend pas dans nos études [...] Je pense que l'ADBB est la formation la plus difficile que j'ai eu. [...] Au premier abord les items paraissent très simples [...] Mais c'est la cotation et le fait que ça fasse appel à un peu de subjectivité qui font que c'était très difficile de l'appréhender.

[...] Et est-ce que justement la M-ADBB, le fait qu'elle soit plus facile à coter (1, 2 ou 3) est ce que ça la rend plus abordable ?

Non, moi ça ne me paraît pas, non.” (m2)

“Arriver à bien être d'accord sur les items et la cotation. C'est ça qui est peut-être le plus dur pour moi. [...] Activité générale, savoir s'il n'y a pas du tout, s'il y a un peu... Voilà je trouve que ce n'est pas forcément facile. [...] Peut-être moins sur la M-ADBB, je pense que c'est plus simple.” (m13)

- La difficulté relative de l'**item activité générale** est relevée aussi par m5 qui considère par ailleurs que l'apprentissage est facile :

“Je pense que ce qui est le plus difficile c'est l'activité générale. [...] Parce qu'il y a certains enfants qui sont calmes, d'autres excités. L'activité générale chez un bébé ça varie beaucoup, donc en fait, c'est vraiment tout un cortège de signes qui permettent de retenir un score pathologique.” (m5)

- Un médecin souligne la difficulté de **se détacher du développement psychomoteur** :

“Il ne faut pas faire le lien avec le développement psychomoteur du bébé.” (m3)

- **La technicité en cas de recours à la vidéo**

Lors de la formation à l'échelle longue, il est recommandé aux professionnels de filmer les nourrissons afin de revoir la vidéo et d'effectuer une meilleure cotation. Ainsi, le recours au film marque la perception des médecins de ce groupe.

L'un d'eux évoque les difficultés concernant les modalités de réalisation de la vidéo :

“Les circonstances aussi du film, de comment on fait le film. Déjà du point de vue technique. Comment on fait ? L'accord des parents. Comment on le justifie auprès des parents sans trop les inquiéter. Qu'est-ce qu'on fait. C'est au cours de l'examen... Voilà. Bien re-définir comment on fait ce film. Et les conditions de l'examen.” (m3)

Toutefois, l'utilisation de la vidéo (et par conséquent l'accord parents, etc) est tout à fait facultative pour la réalisation de la M-ADBB.

- **Simple**

Trois médecins (5, 6 et 12) considèrent l'apprentissage comme simple car il ne fait que formaliser des choses déjà bien connues.

“Dans une échelle de combien à combien ?

On peut dire de 0 à 10.

Franchement, 3. Je pense que ce qui est le plus difficile c'est l'activité générale. C'est un peu compliqué parfois. Mais sinon 3/10. [...] C'est juste formaliser des trucs qu'on regarde de toute façon mais qu'on ne note pas. Donc moi, je ne trouve pas que ça nécessite d'apprentissage particulier, je veux dire, c'est clair et facile. C'est très facile.” (m5)

“Les critères de l'échelle sont assez simples finalement. [...] Une fois qu'il y a eu la journée de sensibilisation, c'est quelque chose d'assez ancré, surtout qu'en fait c'est des critères qui... C'est pas quelque chose de nouveau au final. Ça nous demande pas de faire quelque chose de nouveau, ça donne une forme à quelque chose de façon plus ou moins informelle. Donc je pense que je la reprendrais assez facilement si j'étais alertée par une situation. ” (m6)

A noter, que le médecin n°6 a suivi uniquement une journée de formation alors que tous les autres ont reçu une formation de 4 jours.

Le médecin n°3 trouve personnellement l'apprentissage difficile mais a constaté que des collègues n'ayant pas suivi de formation étaient en revanche très à l'aise avec l'outil :

“J'ai fait des échelles comme ça avec des gens qui n'avaient pas du tout fait la formation avec Antoine Guedeney et qui étaient assez, je me souviens même d'internes, qui étaient, ouahouh, vachement pertinents, ils voyaient vite ; etc. Peut-être qu'après quand on se pose trop de questions, je ne sais pas, ahah ! Voilà en suivant la grille, bon c'était une observation comme ça. Mais c'est aussi des collègues médecins PMI qui n'ont pas fait la formation et je les trouvais aussi très pertinents dans l'analyse qu'ils faisaient aussi.” (m3)

- **Abordable**

Les autres médecins considèrent l'apprentissage ni facile, ni difficile.

“Alors, ce n'est pas très difficile. [...] Ce n'est pas d'un abord si facile quand on n'a pas l'habitude des enfants. [...] Je n'ai pas trouvé ça si facile que ça. [...] Les items, quand je les relis maintenant, me semblent très très clairs.” (m7)

“Ce n'est pas facile mais je n'irais pas jusqu'à dire que c'est difficile.” (m9)

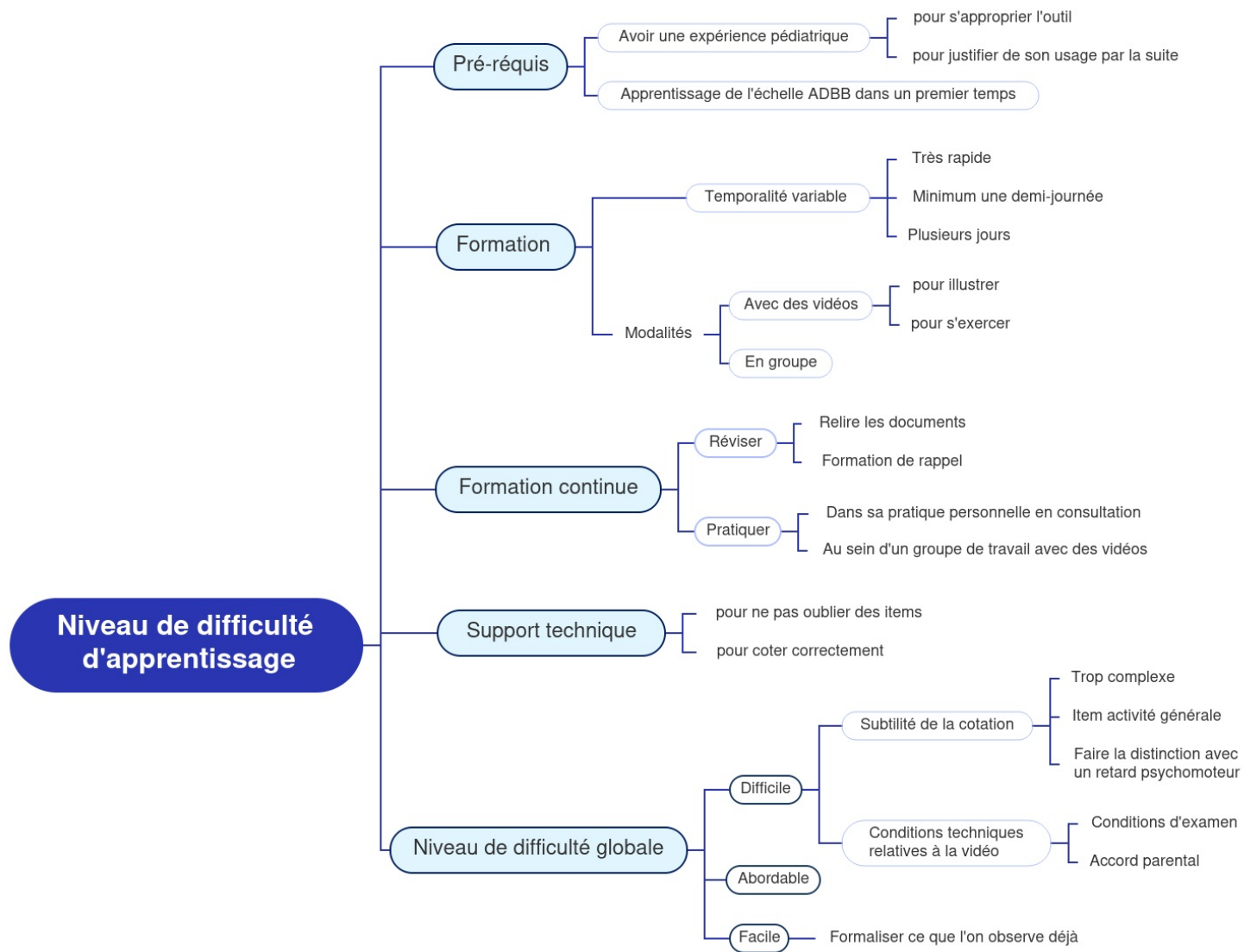


Figure 9 : Niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB selon le groupe 1

B. Difficulté d'apprentissage perçue par le groupe 2

a. Apprentissage globalement facile

Suite au *crash course*, la quasi totalité des médecins résument le niveau de difficulté d'apprentissage comme étant facile.

- **Que ce soit des médecins libéraux avec une activité pédiatrique ponctuelle (B, C et E) :**

“C'est très accessible. [...] C'est assez facile à réaliser” (mB)

“1/5 : C'est pas difficile.” (mC)

“C'est pas difficile. [...] Je pourrais dire 2/10.” (mE)

- **Ou des médecins ayant une pratique pédiatrique exclusive (D, G, H, I, J, K, M et N) :**

“Moi, je trouve que c'est relativement simple. C'est facile à mettre en place. J'ai pas eu de difficulté particulière. [...] J'avais un peu d'appréhension je dirais pour les premiers. Mais en fait j'ai trouvé que c'était facile.” (mG)

“Cinq items c'est facile à apprendre et puis quand on le lit c'est vrai que ça va de soi. [...] Je pense que la sensibilisation elle est plutôt facile à faire, ça nécessite pas une grande formation, parce que globalement les médecins généralistes ils manquent de temps.” (mJ)

“Facile. C'est clair. techniquement c'est pas compliqué.” (mM)

- **Seul, le médecin A, benjamine du groupe, considère le niveau de difficulté comme :**
“moyen”.

a. Formalise ce que l'on observe déjà

Plusieurs médecins expliquent qu'ils prenaient déjà en compte les items de l'échelle intuitivement dans leur examen clinique.

Comme cela avait été dit dans le groupe 1, l'échelle M-ADBB ne fait que formaliser ce qu'ils observaient déjà.

- **Quand on a une grande expérience pédiatrique :**

Pour certains (D, F, I, J, N) cette facilité est relative à leur expérience en pédiatrie.

Cela reprend l'idée évoquée dans le groupe 1, selon laquelle l'apprentissage de l'échelle nécessite pour pré-requis une expérience pédiatrique.

“J'ai l'impression avec l'expérience c'est des choses que je fais intuitivement finalement, sans cocher des cases quoi.” (mD : libéral, pédiatrie exclusive)

“Je pense que c’est assez simple parce qu’on a une pratique pédiatrique quand même qui est importante. Pour un médecin généraliste, qui a moins de pratique avec des enfants ça, peut-être, ça demandera un peu plus de temps d’appropriation. [...] Pas tellement par rapport à la cotation, c’est plus, je pense pour le contenu. Parce que nous on a quand même notre attention qui est déjà attirée par tous les items de part notre pratique qui est bien spécifique : dans la protection de l’enfance, dans la prévention, etc. [...] J’ai été généraliste aussi, longtemps avant d’être médecin de PMI. Je pense qu’on n’avait pas autant de formation sur ce... D’attention attirée sur ce genre d’élément quoi.” (mF)

“C’est une échelle qui est assez intuitive parce que, enfin, exerçant en PMI parce que c’est vrai que... Une fois qu’on a compris les items, bah c’est vrai qu’on se rend compte que c’est des choses qu’on notait plus ou moins déjà à la consultation, notamment tout ce qui est le contact visuel et les vocalisations [...] Plus on voit des bébés, plus cette échelle est instinctive.” (mJ)

- **Mais pas nécessairement :**

Le jeune médecin libéral, cite aussi cet argument concernant les items :

“Les éléments je m’en souvenais [...] c’est des choses qu’on fait sans s’en rendre compte et du coup ça revient bien.” (mA)

b. Quelques subtilités

- **Prendre du recul et formaliser**

Bien que l’échelle repose sur des éléments déjà bien connus, un des médecins explique qu’il peut être difficile de se détacher de la vision clinique globale pour une analyse détaillée du retrait relationnel.

“Ce qui m’a paru le plus délicat c’est [...] de découper l’examen que l’on fait plutôt spontanément où on a un regard global en différents items après pour coter.” (mN)

- **Subtilité de certains items**

Certains items semblent toutefois un peu plus complexes à évaluer :

- **L’item expression faciale (E, J, L)**

“La seule chose, qui me semble quand même un peu, enfin, un peu compliquée pour les tout petits, c’est un peu l’expression faciale.” [...] Chez les tout petits de 2 mois, arriver à déterminer s’il y a une expression faciale, c’est un peu difficile. Voilà un nourrisson qui va être tout renfermé, mais ça va aller aussi avec son activité générale, son contact visuel. J’ai du mal à détacher en fait l’expression faciale. Ça reste plus dans la globalité que vraiment cette expression faciale.” (mL)

“Le plus compliqué dans les consult c’est les émotions. Parce que ils disent que les petits de 2 mois faut 2 émotions et après il en faut 7. Bah, le gamin, il a peur de toi, et c’est tout. Donc voilà, la multiplicité des émotions en consultation c’est un peu compliqué” [...] “J’arrive pas à arriver aux 7 donc les grands de 6 mois, ils ont

forcément 1 point par rapport aux émotions [...] Je me le mets dans ma tête mais du coup, je me base pas dessus parce que je me dis que c'est pas forcément représentatif. [...] C'est cet item le plus difficile de l'échelle." (mE)

- **L'item vocalisations**

"J'ai eu un problème, c'était sur un item vert, les vocalisations. Parce que la question des vocalisations, moi je trouve qu'à partir de 1 an, on parle plutôt de babilles que de vocalises et du coup, là j'avais effectivement affaire à un enfant qui était autour d'1 an. [...] Pour les "vocalisations" entre 1 an et 2 ans, franchement, je vois pas ce que ça veut dire ! Mais, j'ai remplacé par babillage." (mH)

- **L'item relation avec l'examineur**

"Sauf peut-être l'engagement dans la relation [...] Pour le maintien, la prise d'initiative, des fois il faut un peu de temps. [...] Il y a des choses qu'on peut faire au cours d'une séance et d'autres non. Surtout je pense à la relation qu'on ne peut pas faire." (mK)

- **Ne pas inverser le sens cotation**

Pour plusieurs médecins (A, I, N), il pourrait paraître plus logique que la note de 0 soit associée à une anomalie plutôt qu'à la normalité.

"C'est vrai qu'au début quand j'ai scoré, j'ai scoré dans le sens inverse ! [...] Bon après, c'est anecdotique, une fois qu'on a fait le truc, c'est bon après." (mI)

"J'ai eu besoin quand même de revenir assez régulièrement sur le fait que 0 satisfaisant. [...] Et que ce soit pas l'inverse." (mN)

C. Utilité d'un support technique

Dans l'ensemble, les médecins de ce groupe relèvent aussi l'utilité d'avoir le support technique à portée de main en cas de doute, afin d'être sûr de ne pas oublier d'item et de bien coter.

"Il était dans mon trieur avec mon mémo avec le calendrier vaccinal [...] j'ai sorti le papier à côté de moi pour être sûre de le coter correctement." (mA)

"Moi, je me réfère au petit mémo, parce que comme je ne le faisais pas tous les jours. [...] donc d'une fois sur l'autre j'oublie." (mC)

"J'ai collé le support sur le mur d'examen. Comme ça je l'ai pas appris par cœur, mais j'ai regardé." (mE)

"J'avais fait des photocopies de l'échelle M-ADBB et en fait je l'avais daté, j'avais mis l'âge de l'enfant..." (mG)

"Le mémo d'utilisation, moi je trouve que c'est parfait pour quelqu'un qui sait pas trop. [...] Pour démarrer oui c'est bien de l'avoir, c'est clair, c'est facile à lire, ça peut se faire discrètement." (mK)

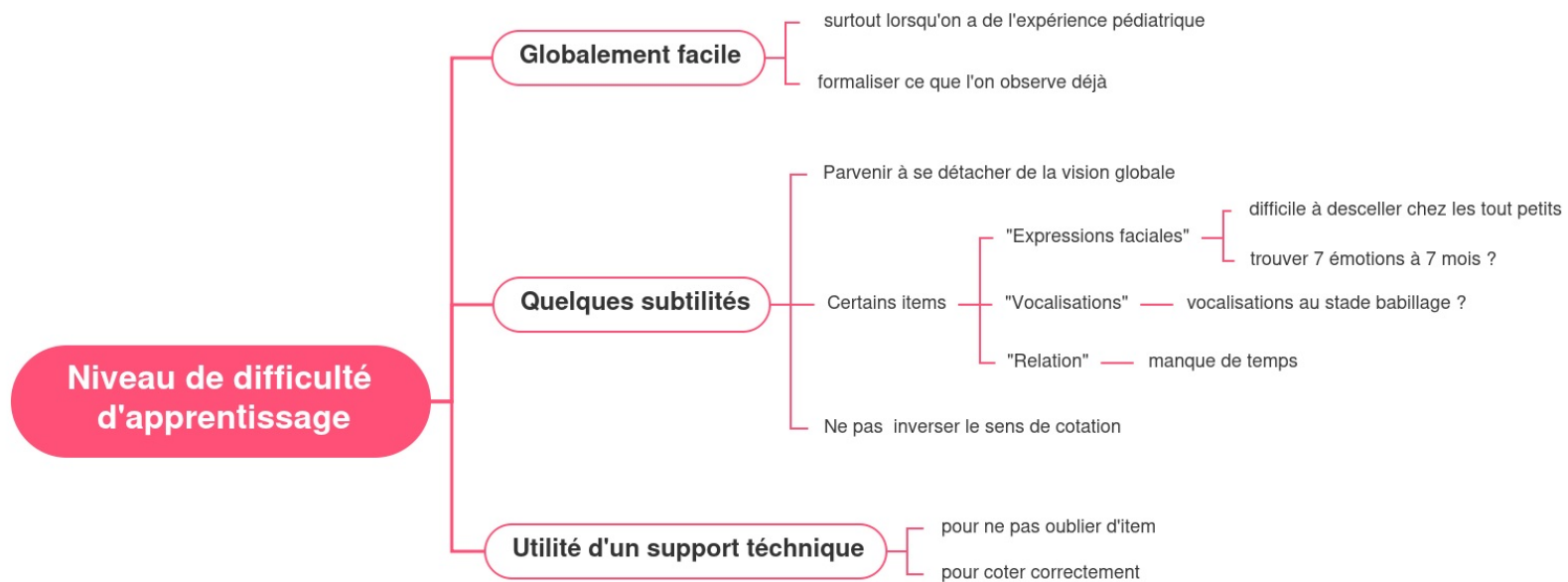
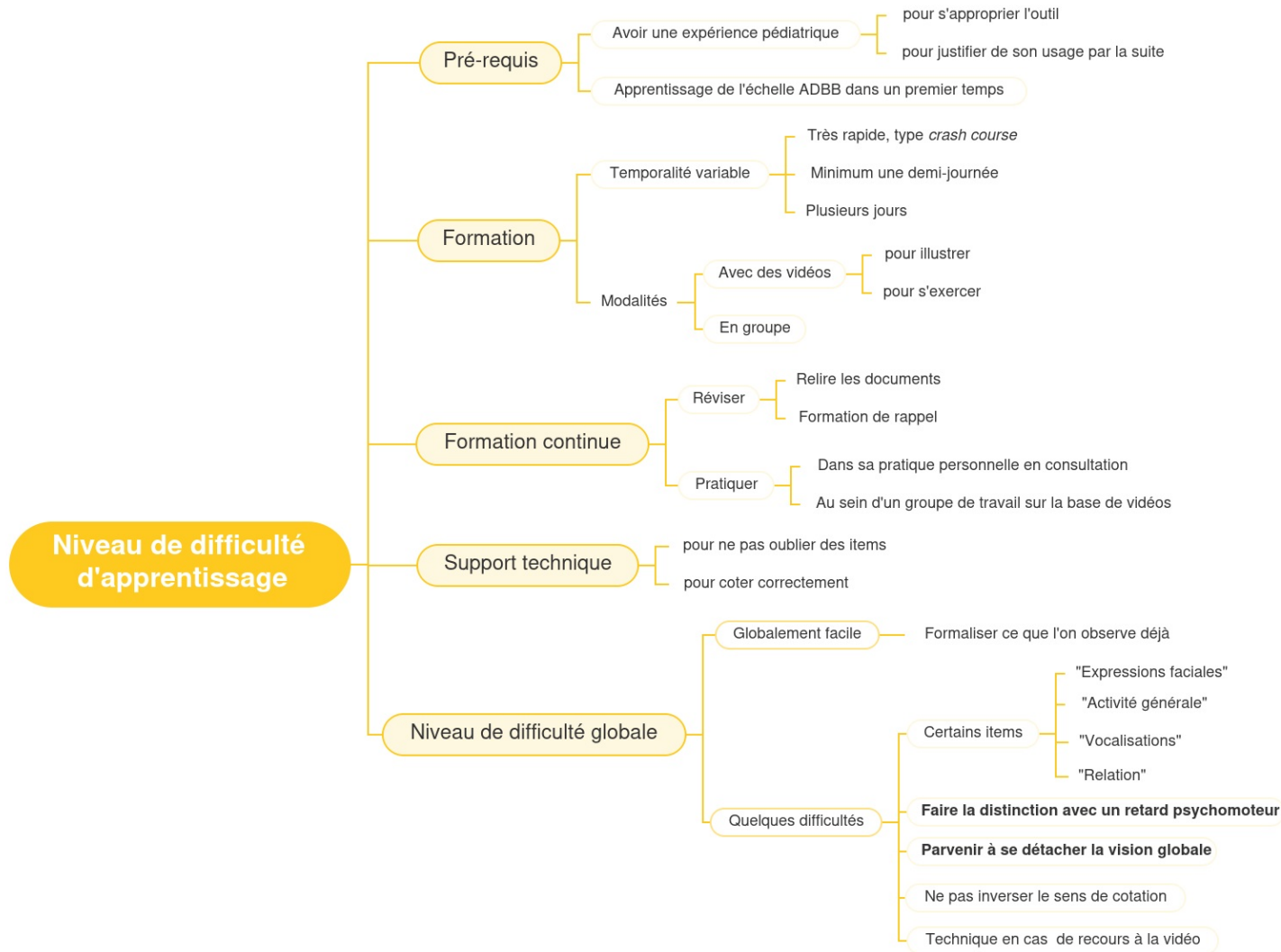


Figure 10.: niveau de difficultés d'apprentissages perçu par le groupe 2

C. Les difficultés d'apprentissage de l'échelle M-ADBB selon l'ensemble des médecins interrogés



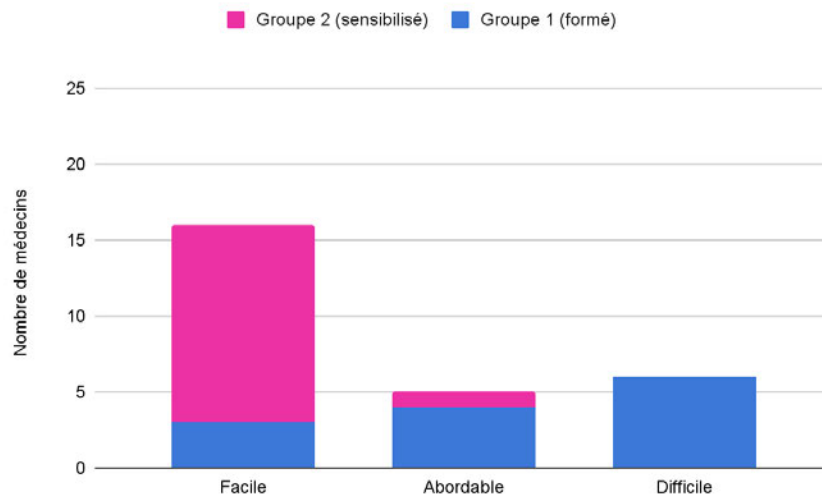


Figure 11 : Niveau de difficulté d'apprentissage perçu dans l'ensemble de la population étudiée

2) L'usage de l'échelle M-ADBB

Nous avons souhaité savoir de quelle façon les médecins s'étaient emparés de l'outil.

A. Utilisation de l'échelle dans le groupe 1

a. Utilisation en consultation

Sur 13 médecins interrogés, 10 utilisent l'échelle et ce de différentes façons.

La majorité l'utilise au cours de leurs consultations.

- **Quand ?**
- **Systématiquement :**

Deux médecins (5 et 8) disent avoir systématiquement les 5 items de l'échelle en mémoire lorsqu'ils examinent un nourrisson et réalisent une cotation plus rigoureuse (M-ADBB voire ADDB) en cas d'inquiétude :

"Je dirais instinctivement pour chaque enfant, tous les jours. Parce que c'est des critères qui me reviennent systématiquement en tête. [...] En même temps qu'on examine l'enfant, maintenant, j'ai dans la tête l'échelle. Donc je fais véritablement [référence à l'échelle longue ADDB] lorsque j'ai un doute" (m5)

"Je ne cote pas, par contre, ça me met en alerte. [...] J'ai les 5 items de la M-ADBB en tête. [...] Une utilisation plutôt systématique, mais il y a beaucoup d'enfants pour lesquels on est tout de suite rassuré.

[...] Si un enfant paraissait en retrait, est-ce que vous coteriez plus strictement ?

Oui, je pense que j'essaierais de faire au moins l'échelle brève (M-ADBB)." (m8)

- **En cas d'inquiétude :**

La majorité des médecins interrogés qui ont une utilisation de l'échelle expliquent s'en servir après une première observation globale de l'enfant, en cas de doute sur ses capacités relationnelles.

“Je ne le fais pas en systématique. Je regarde comment il est au cours de la consultation, dans les bras de son père, de sa mère, etc... Après, s'il me semble qu'il y a des difficultés relationnelles du bébé, je fais une échelle M-ADBB.” (m1)

“J'en n'ai pas de vrai usage, c'est à dire que je ne fais pas de vidéo, ni de cotation. Parce que j'ai eu très peu de cas où c'était nécessaire de le faire et surtout, l'utilisation que j'en ai c'est ma manière d'observer les enfants, de regarder les enfants. [...] L'enfant pour lequel j'avais vraiment voulu qu'on fasse une vidéo, une cotation, etc. [...] J'avais demandé à des collègues de filmer parce que sincèrement ça m'interpellait et que c'est une situation de protection.” (m2)

“Il y a eu une fois où j'ai “utilisé”, entre guillemets, les critères pour, je m'en rappelle vaguement, je me suis dis « ah bah là il y a un truc » mais je ne suis pas allée plus loin, mais c'est peut-être la formation qui m'a sensibilisé. [...] Ce n'était pas très longtemps après la formation et j'ai repris les critères, sans pour autant coter, là je me suis rendue compte que ça n'allait pas si mal. [...] J'avais fait de mémoire les quelques critères qui nécessitaient plus d'observation. J'avais observé en fait plus précisément certaines choses, mais j'avais pas coté non. [...] Et il y a une autre fois où là j'étais vraiment interpellée, j'ai fait une vidéo que j'ai envoyé aux collègues pour une cotation.” (m6)

→ **Dans ce cas, la plupart utilisent au moins la M-ADBB :**

- Un médecin utilise la M-ADBB en consultation courante et l'ADBB si les conditions le permettent :

“C'est vrai que pour certains enfants que je peux voir assez longtemps en consultation, pour ces enfants-là j'utilise l'ADBB, mais ce n'est pas la majorité des cas. En consultation courante, j'utilise plutôt la M-ADBB.” (m1)

- Un médecin indique faire l'une ou l'autre selon avec qui il travaille :

“On l'a fait aussi avec les puer, donc c'était plutôt la M-ADBB et avec les collègues, quand c'est plus poussé, à ce moment-là on fait plutôt l'ADBB complète quoi.” (m13)

- Trois médecins (3, 6 et 12) font la M-ADBB et l'ADBB :

“Les deux. [...] La M-ADBB ou l'ADBB finalement on affine avec l'ADBB. Les items qui s'ajoutent sont finalement assez rapides à coter.” (m3)

→ **Le médecin n°10 utilise quant à lui uniquement l'échelle ADDB originelle :**

“J'ai fait la longue.” (M10)

- **Comment ?**

• **Sur une consultation dédiée**

Plusieurs médecins préfèrent re-convoquer l'enfant afin de consacrer une consultation à part entière à faire passer l'échelle :

“Peut-être pas à cette consultation-là. J'essaye de mémoriser ce que j'ai considéré comme signe d'alerte chez l'enfant et je le fais à la consultation suivante.” (m1)

Pour certains, ce temps supplémentaire permet de faire une vidéo :

“Pas sur mon temps de consultation. Alors sur mon petit œil d'observateur oui, mais pour faire une vraie ADBB, il faudra que je reconvoque l'enfant sur une session particulière.

Et ça même si on prend l'échelle M-ADBB qui est plus courte et plus facile à coter ?

Oui parce ce que c'est toujours pareil, ça se cote avec une vidéo. Et que c'est le temps de filmer, d'expliquer aux parents. Et tout ce que j'ai d'autre à faire à côté en fait.” (m2)

• **Avec un enregistrement vidéo**

- **Obligatoirement**

En effet, plusieurs médecins (2, 3, 6, 12 et 13) n'envisagent pas d'utiliser l'échelle M-ADBB sans passer par une vidéo, cela leur permet de maintenir le cap de leur consultation et de prendre le temps et le recul nécessaire pour analyser chaque item dans un second temps. Cela leur permettra aussi par la suite de partager la vidéo avec leurs collègues afin de trouver un consensus.

“Et à chaque fois est ce que vous utilisiez un film ?

Oui toujours. [...] Moi je n'y arriverais pas, de coter sans filmer, j'en n'ai pas une pratique suffisante.” (m3)

“Pour coter, de l'impression que j'ai, c'est intéressant de pouvoir revisionner le film, le regarder peut-être plusieurs fois, de prendre un peu de recul. Parce que quand on est en consultation, si je veux la coter, je ne vais pas pouvoir faire d'autres choses en même temps, je ne vais pas pouvoir avancer dans ma consultation, je trouve ça plus compliqué. Ce serait compliqué de reprendre les notes, de reprendre la grille en même temps que la consultation. Enfin moi je... Ça nécessite un peu de réflexion quand même. [...] Je pense que si on veut suivre le gold standard, ce que je disais, c'est que c'est intéressant de pouvoir partager, c'est aussi intéressant de pouvoir y revenir. Si on la fait sans vidéo, ce que je pense est pas... Ce n'est pas optimal.” (m6)

Ce dernier médecin peut envisager faire une évaluation M-ADBB sans réaliser de vidéo à condition qu'il soit spectateur et non acteur de l'examen clinique :

“Par contre, je pourrais imaginer faire la cotation pendant que l'interne qui est avec moi par exemple, fait l'examen clinique et avance dans l'examen. [...] Moi c'est quelque chose que je pourrais faire, plus si je suis observatrice d'une consultation, donc quand je suis en consultation avec une interne, donc on en a tout le temps donc ce serait envisageable.” (m6)

- **Si les conditions le permettent**

Deux médecins (1 et 8) soulignent le fait que la présence d'un collègue et un temps d'observation prolongé sont nécessaires pour pouvoir faire une vidéo.

"Vous utilisez le film ?

Si l'occasion se présente, par exemple si un étudiant est là et dans le cadre des ateliers de psychomotricité et si les parents sont d'accord." (m8)

- **Pour l'échelle ADBB uniquement**

Deux médecins utilisent la vidéo uniquement pour l'échelle longue :

- m1 : qui utilise l'ADBB notamment lorsqu'il dispose d'un temps plus long et de l'aide d'une puéricultrice

- m10 : qui utilise uniquement l'échelle longue

"Ces films c'étaient pour des situations qui vous interpellaient un peu plus ? *Oui oui.*

C'était les fois où vous avez fait l'ADBB ? C'était les fois où on avait fait l'ADBB plutôt.

Donc en pratique, M-ADBB c'est plutôt sans vidéo ? *Oui c'est ça.*" (m1)

- **Pour un enfant placé :**

"Et quand vous faites l'ADBB est-ce que vous utilisez un film ? *Euh non, parce que ça se passe en consultation en fait. Je l'utilise en film pour les enfants placés.*

Pour voir s'il y avait une différence selon le contexte du coup ? *Voilà.*" (m5)

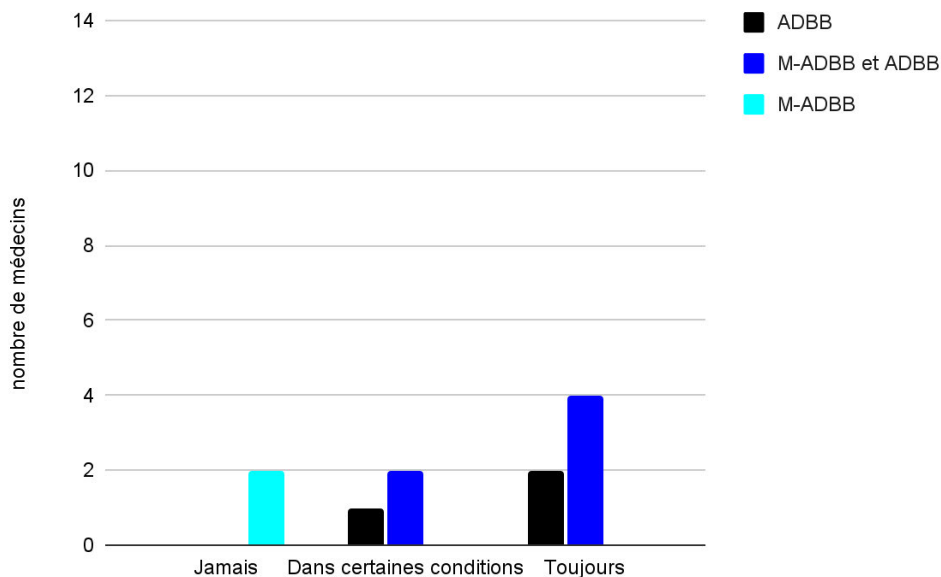


Figure 12 : Recours à la vidéo parmi les médecins utilisant l'échelle en consultation.

En cas d'usage de l'échelle M-ADBB seule, les médecins n'ont pas recours au support vidéo.

- **Traçabilité dans le dossier**

La plupart des médecins laissent une trace dans le dossier de leur évaluation (M)-ADBB, soit en laissant la grille (cf : annexe p.151), soit en inscrivant une annotation.

- **Grille M-ADBB / ADBB :**

“J’ai fait des photocopies de la grille et que je laisse dans le dossier.” (m1)

- **Annotation :**

“Je l’avais bien noté “contact visuel difficile, mouvements atypiques” [...] et voilà je me retrouve avec un enfant à l’école qui est très atypique. [...] Il faut noter, c’est pour ça que j’essaie de noter au maximum.” (M12)

“Evaluation ADBB tracée dans le dossier si pathologique. Le dossier du Réseau Naître & Grandir comporte une case qui demande si l’évaluation a été faite.” (m8)

nb : Le Réseau Naître et Grandir est l’ancien nom du Réseau Périnatalité en Occitanie (c’était le pôle Languedoc-Roussillon avant la fusion des régions).

b. Utilisation avec un groupe de pratique

Quelques médecins participent à un groupe de pratique. Au cours de chaque séance, ils présentent les vidéos qu’ils ont enregistrées et cotent ensemble avec les échelles ADBB et M-ADBB.

“En tant que chef de service, dès que le confinement sera terminé, j’essaie d’organiser entre 3 et 4 réunions par an en réunissant des personnes formées ou pas à l’ADBB, pour sensibiliser à l’observation des bébés.” (m3)

“Groupe de travail, visionnage des films réalisés par les confrères et cotation ensemble.” (m8)

c. Utilisation pour interpréter les cotations de l’équipe

Le médecin n°9, en tant que chef de service, n’a pas une activité de consultation importante, par contre, l’échelle lui est utile pour comprendre les comptes-rendus de son équipe.

“J’en n’ai pas un usage quotidien, par contre, j’ai un retour de mes équipes. [...] Moi le problème c’est que je suis médecin responsable de service, je suis moins sur le terrain que mes collègues. En fait moi ce que j’utilise surtout c’est leurs résultats à elles que je comprends parce que j’ai fait la formation. Voilà, si je ne l’avais pas faite je ne pourrais pas comprendre de quoi elles me parlent.” (m9)

d. Pas d’utilisation véritable

Le médecin n°10 n’utilise pas la M-ADBB mais utilise, rarement, l’échelle ADBB originelle.

Trois médecins (4, 7 et 11) n'en n'ont jamais l'usage dans leur pratique quotidienne mais expliquent avoir dans leur observation globale de l'enfant un regard déjà avisé sur ses capacités relationnelles.

“Alors en fait, j'en ai pas l'usage. Je ne m'en sers pas. Ou je ne m'en sers pas consciemment. Mais c'est vrai que ça fait partie des choses que j'observe à chaque fois que je regarde des enfants.

C'est un peu de manière informelle ?

C'est ça, je ne quantifie pas. Mais l'activité générale c'est systématique, les vocalisations oui, le contact aussi, je ne parle pas de l'expression faciale. Mais en tout cas, 3 items y sont en permanence : le 2, le 3 et le 4.” (m7)

“Je ne l'utilise pas au quotidien, après je reste toujours très vigilante sur le comportement, l'état de l'enfant, tout ça, mais sans forcément coter.” (m11)

L'un d'entre eux dit utiliser exceptionnellement et approximativement l'échelle lorsqu'un collègue le sollicite pour un avis :

"Aucune. Mais par contre, il m'arrive des fois... Alors mes collègues, de temps en temps, nous envoient, depuis cette formation, des vidéos, et nous demandent l'avis. J'essaye de donner un avis. [...] Alors, je regarde la vidéo mais je me base sur mon avis, je fais un mixte, si vous voulez, je ne prends pas l'échelle en cochant les choses. [...] Moi je l'ai utilisé à ma façon. [...] Je repense à ceux [aux items] qui m'ont marqués : le regard, l'expression... Et ceux à quoi on est prisonnier en fin de compte : de ses habits. [...] Oui parce que je pense que la manière dont s'habille la maman, ça paraît idiot, mais c'est une interaction, une façon de s'exprimer, une façon de dire sa joie, sa crainte... Il est lourd ce bébé, comment il est, qu'est-ce qu'il fait... Parce que moi j'aime bien regarder les trucs un peu à droite, à gauche...” (m4)

Parmi ces trois derniers médecins, deux exercent en PMI (n°4 et 11) et un en crèche (n° 7). Ils ont entre 17 et 33 ans de carrière.

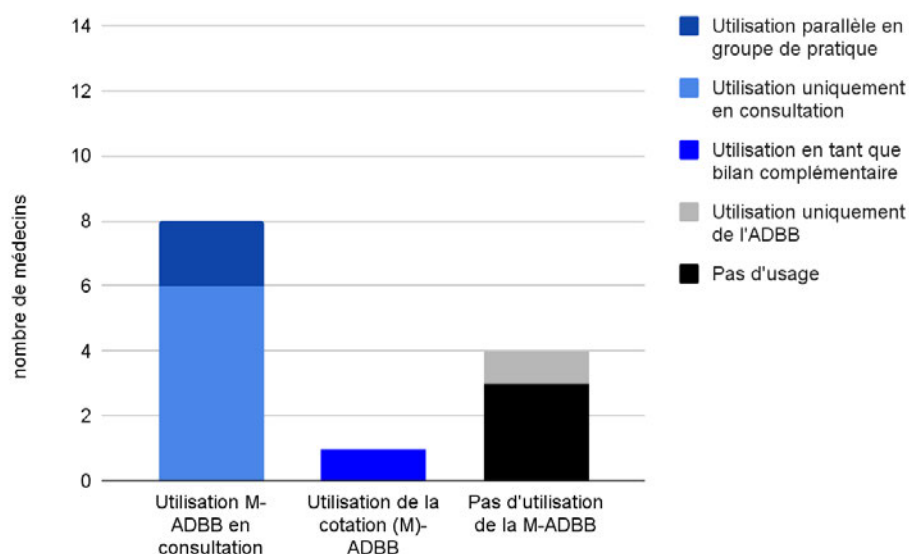


Figure 13 : Utilisation de la M-ADBB dans le groupe 1

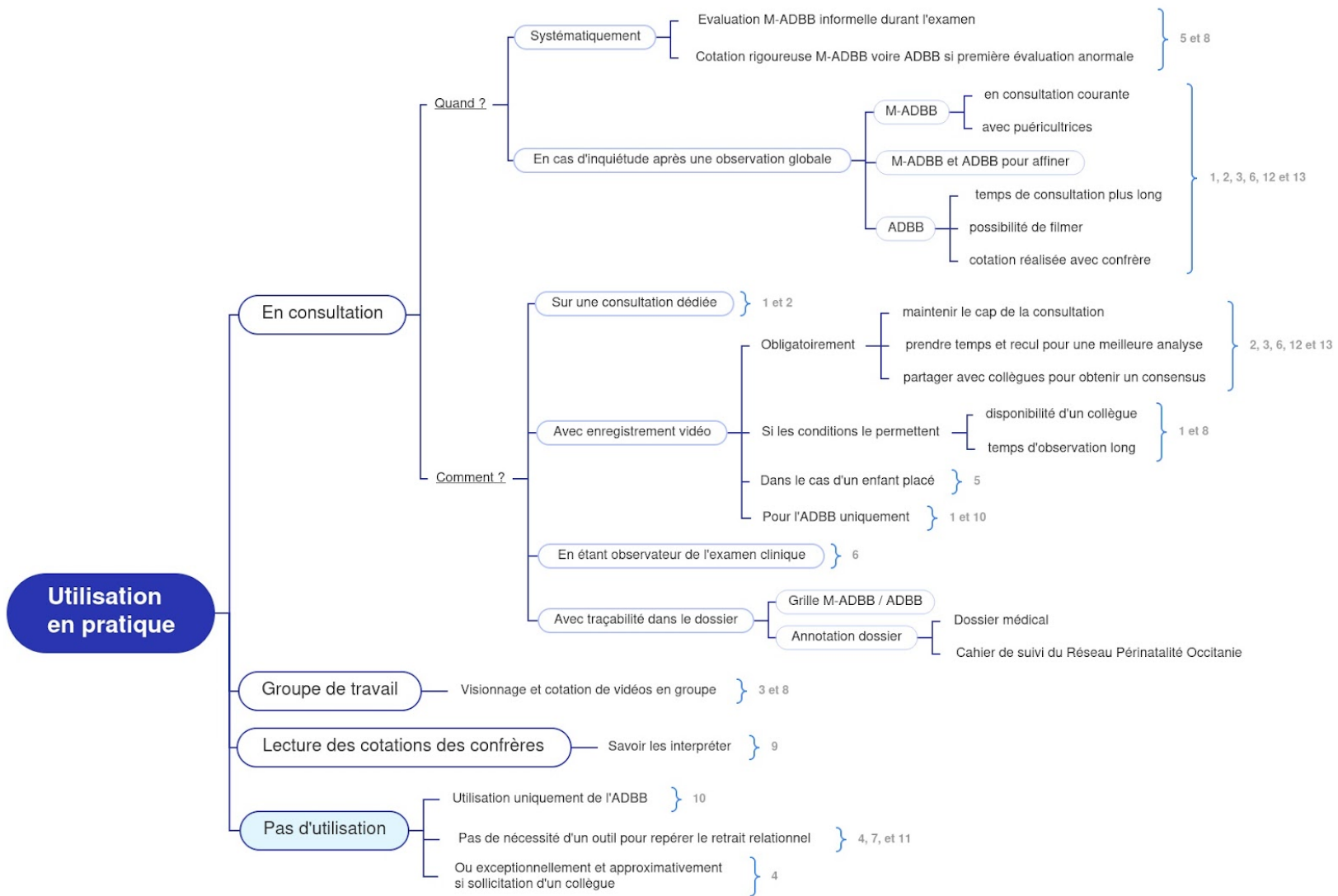


Figure 14 : utilisation de l'échelle M-ADBB par les médecins du premier groupe

B. Utilisation de l'échelle dans le groupe 2

a. Utilisation en consultation

Par comparaison aux médecins du groupe 1, ce groupe utilise l'échelle M-ADBB uniquement en consultation.

- **Quand ?**
- **Initialement pour tester l'outil**

Dans le cadre de leur participation à cette étude, plusieurs médecins ont d'abord mis à l'épreuve l'échelle M-ADBB dans leur pratique, en l'utilisant aléatoirement :

“Au début je l'ai fait pour me le mettre un peu en tête. Pour m'entraîner, chez des enfants où je me doutais qu'il serait bon.” (mA)

“Quand je l'ai fait, bon je l'ai fait avec des gamins, enfin, des enfants, des bébés qui étaient... Il n'y avait pas de problème avec ceux avec qui j'ai essayé de le faire.

Pour tester ? Pour tester ça, pour tester l'outil oui.” (mC)

“Donc au début, je l'ai beaucoup, comme je l'avais expliqué, sous la main, c'était bien, je le regardais et puis c'est vrai que petit à petit, je suis retombée un peu dans ma pratique classique dans laquelle effectivement tout ça fait partie de mon examen d'un enfant mais, encore une fois sans vraiment cocher précisément les items.” (mD)

- **Systématiquement**
- **A tout âge :**

Un médecin libéral dit utiliser l'échelle M-ADBB pour chaque consultation de suivi. Cela sous entend, hors consultation pour maladie aiguë, situation qui ne se prête de toute façon pas à l'usage de l'échelle.

“Je m'en sers quand c'est les visites de suivi.” (mE)

- **A certains âge**

Un médecin envisage de l'utiliser plutôt lors de consultations de suivi à certains âges ciblés.

“Je vais peut-être pas l'utiliser systématiquement. Mais je vais peut-être essayer de cibler, je sais pas, vers l'âge de 5-6 mois je pense, et puis peut être, plus après vers... [...] Après je pensais l'utiliser à 12 mois et à 18 mois.

Et pour tous les enfants ? Que vous ayez une inquiétude ou pas ?

Oui, pour tous les enfants.” (mG)

- **En cas d'inquiétude**

- **Après une observation de débrouillage ou devant un ressenti anormal**

Un médecin utilise l'échelle strictement en cas d'inquiétude après un premier regard global alliant l'échelle M-ADBB et ses habitudes.

“Une vision de débrouillage qui reprend globalement les 5 items mais ça va pas être sur les 10 minutes d'observation, ça va être quand l'enfant il me montre tout d'emblée, je suis pas inquiète. Mais par contre, pendant que je parle avec le parent je vois que “bah tient, c'est vrai, ça fait un quart d'heure qu'on discute, je l'entends pas parler ce gosse”, bah oui, en l'examinant, je vais essayer de le solliciter un peu plus, de le chercher, de retrouver tous ces items là.” (mJ)

Plusieurs médecins parlent plutôt d'une évaluation M-ADBB suite à un ressenti inquiétant. Comme s'il s'agissait d'une évaluation clinique inconsciente.

“Avant j'étais plus dans le feeling. [...] Maintenant, j'utilise plus tes tests. Et c'est beaucoup plus codifié que sur un simple sentiment. [...] C'étaient des enfants qui me posaient des problèmes au niveau du relationnel et donc j'utilisais l'échelle, pour m'assurer qu'il n'y ait pas de problème.” (mB)

“C'est sûr que certains je ne l'ai pas fait parce que, de manière assez évidente, je voyais qu'il n'y avait aucun souci. [...] C'est surtout après quand j'ai un doute : normal / pas normal ? Plutôt que de me dire, on attend de voir un peu l'évolution dans le dossier, à ce moment-là c'est intéressant d'avoir l'échelle pour justement quantifier et objectiver l'éventuelle anomalie.” (mC)

“Mais par contre dans les quelques fois où j'ai eu un petit doute ou un contact qui me paraît un peu... Bon, je suis venu le regarder quoi. [...] Je suis retournée vraiment voir tous les items, être sûre voilà que j'avais bien une idée de tous mes items en fait m'assurer que... Après, j'ai pas eu de cas vraiment qui nécessitait que je score vraiment, je voulais être sûre, voilà, d'être sûre de mes cinq items en fait. [...] Être sûre que voilà, j'oublie rien dans ce qui fallait contrôler dans ces cas-là quoi.” (mD)

“Peut-être pas le faire systématiquement, parce que bon, la plupart des enfants vont bien donc ça se fait de manière naturelle. Après c'est que je pense que je l'utiliserais pour des enfants où j'ai un doute, du coup ça peut permettre un peu d'être un peu rigoureux et effectivement de l'utiliser.” (mI)

“Il y a 2 fois où ça m'a bien servi, chez des enfants “trop calmes”.” (mA)

- **En cas de syndrome carenciel ou de trouble du développement :**

“Et là maintenant, ça m'arrive de l'utiliser une fois de temps en temps quand ça se prête, c'est à dire, quand l'enfant présente peut-être un syndrome carenciel ou peut être un trouble du développement. C'est quand même pas fréquent.” (mH)

- **Dans le cas d'une famille avec facteur de vulnérabilité :**

“De manière systématique, pour les familles, on va dire “sensibles” avec des facteurs de vulnérabilité qu'on suit en PMI.” (mJ)

- **Si la mère présente un syndrome dépressif :**

“Là où je l'utilise systématiquement c'est quand je sais qu'il y a une dépression chez la maman. Pour moi c'est un facteur, justement, je me dis “le parent va mal, je vais observer s'il y a un retentissement sur l'enfant”. Donc ça me permet de voir aussi si la problématique parentale a un retentissement sur le développement, enfin sur le relationnel avec l'enfant.” (mJ)

- **Comment ?**

● **Intégration dans l'examen habituel**

Pour la plupart des médecins (D, E, F, G, H, I, J), l'échelle M-ADBB se glisse facilement dans leur examen clinique habituel :

“Moi ça a pas modifié mon examen clinique, c'est juste une attention complémentaire.” (mE)

“En fait ça n'a pas trop changé dans ma pratique, parce que c'était des choses que je faisais. En fait on était déjà... Enfin, je pense qu'en PMI on était déjà un petit peu habitué à voir ces signes “d'alerte”, c'est déjà des choses qu'on recherche. [...] Ça prend pas énormément plus de temps, si on voulait coter je dirais, peut être 5 minutes de plus.” (mG)

“Moi je suis en PMI depuis novembre 99, donc des formations sur les troubles du développement et bébé j'en ai vu ! Des contacts avec le CAMPS, les pédopsychiatres, j'en ai eu. Donc c'est vrai qu'on est déjà un peu habitués parmi les confrères, parce qu'on fait partie des gens habitués. [...] Non, ça a pas changé mes habitudes du tout” (mH)

“On n'est pas comme un médecin dans un cabinet libéral qui voit des enfants malades... On est quand même dans des bonnes conditions pour pouvoir l'appliquer.” (mI)

Cette aisance a été citée par des médecins et PMI et des médecins libéraux qui ont une pratique pédiatrique exclusive pour l'un (mD) et occasionnelle pour l'autre (mE) mais a également une activité en crèche parallèle, soit une expérience de l'enfant significative.

● **Sur une consultation dédiée**

Un médecin libéral préfère consacrer une consultation à part entière à l'évaluation du retrait relationnel.

“Si vraiment un enfant m'inquiète sur le plan relationnel, à ce moment je demande à la mère de revenir pour une consultation vraiment consacrée à ce problème.” (mB)

● **Traçabilité dans le dossier**

La traçabilité de l'évaluation M-ADBB a été évoquée par la quasi-totalité des médecins qui utilisent l'échelle M-ADBB. Elle serait effectuée par tous, devant un résultat pathologique.

“C’est quelque chose que vous notez dans le dossier de l’enfant ou pas ?

Oui, oui, oui, du coup maintenant effectivement. Et c’est à ce niveau là que je trouve ça pertinent d’avoir un outil un peu objectif en fait.” (mF)

- Dans le dossier médical

La majorité des médecins tracent l’évaluation M-ADBB, dans le dossier médical informatique ou papier. Certains utilisent le “mémo d’utilisation” pour annoter directement dessus et le mettre dans le dossier.

“Je me le suis noté dans mon dossier médical à moi. Parce que comme l’échelle M-ADBB, je la maîtrise pas forcément de manière officielle, j’allais pas mettre dans le carnet de santé... Surtout que les parents dans ces cas là ils auraient dit “ah bah ça veut dire quoi ?”.” (mE)

“Ce que j’utilise quand je laisse une trace dans le dossier, souvent je mets “M-ADBB” et puis je mets le résultat, voilà c’est tout. [...] Et je le mets que dans mon dossier. Je le mets pas dans le carnet de santé. [...] Alors, ce que je fais, parce que, par contre je les ai faites photocopier et moi je préfère, je marque dessus directement, je marque le nom du petit en haut, son âge et la date, et je marque dessus directement, je trouve que c’est très, plus parlant. [...] Et après dans le dossier papier, ou alors directement dans le dossier papier sans rien marquer. En mettant, par exemple, si je trouve que l’acceptation de l’engagement dans la relation est pas top, je peux mettre 1, et à ce moment-là je peux détailler ça, si à ce moment-là j’ai un 1 ou un 2 quoi.” (mH)

“Oui, j’essaye de le noter dans le dossier. Non, je l’ai pas noté dans le carnet de santé parce que je suis pas sûre que les gens savent à quoi ça correspond et du coup c’est des choses que je garde pour moi, dans le dossier, dans le dossier de l’enfant à la PMI.” (mN)

- Dans le carnet de santé

Une minorité de médecins (A et G) trace l’évaluation sur le carnet de santé.

“Ça fait quand même un point de repère à un moment donné dans le carnet. Et du coup j’ai trouvé que c’était très utile ! [...] J’ai pas tout détaillé, j’ai juste mis “expression faciale 1” et voilà après j’imagine qu’on déduisait que le reste était bon.” (mA)

La traçabilité semble utile pour apprécier l’évolution et pour le suivi d’un même enfant entre différents cliniciens.

b. Pas d’utilisation

Trois médecins de PMI (K, L, M) expliquent qu’ils ne trouvent pas d’utilité à cette échelle car ils prennent déjà en compte tous ces paramètres dans leur examen du nourrisson.

“J’ai essayé de la regarder. Et puis je me suis dit : oui, dans mon examen du bébé, c’est exactement le déroulement que je fais. [...]

Ok, donc si je comprends bien vous n’avez pas utilisé l’échelle parce que c’est ce que vous faites déjà

spontanément dans votre pratique ?

Oui, oui, franchement oui, oui. [...] Je pense que voilà, comme je fais ça depuis longtemps et que les bébés on voit ça tous les jours, voilà j'ai pas le même intérêt à cette échelle. [...] Nous c'est notre quotidien, on voit que ça quoi, repérer les enfants qui vont pas bien..." (mK)

"J'ai pas réussi à me l'approprier dans la mesure où ça fait quand même 20 ans que je fais de la PMI et que je fais de l'observation des nourrissons avec des formations au fur et à mesure. [...] C'est des choses qu'on reprend, qu'on observe chez les nourrissons." (mL)

"La raison pour laquelle je l'ai pas utilisée, c'est qu'en fait je l'utilise instinctivement. [...] Ça fait quand même 15 ans que j'en fais des bilans et donc c'est vrai que je les ai en automatique quoi. J'ai automatisé l'observation du bébé que ce soit son regard, ses expressions, les interactions verbales ou physiques, tout ça je les observe, ça devient instinctif quoi, voilà." (mM)

Ces trois médecins exercent tous en PMI et ont entre 18 et 38 ans de carrière.

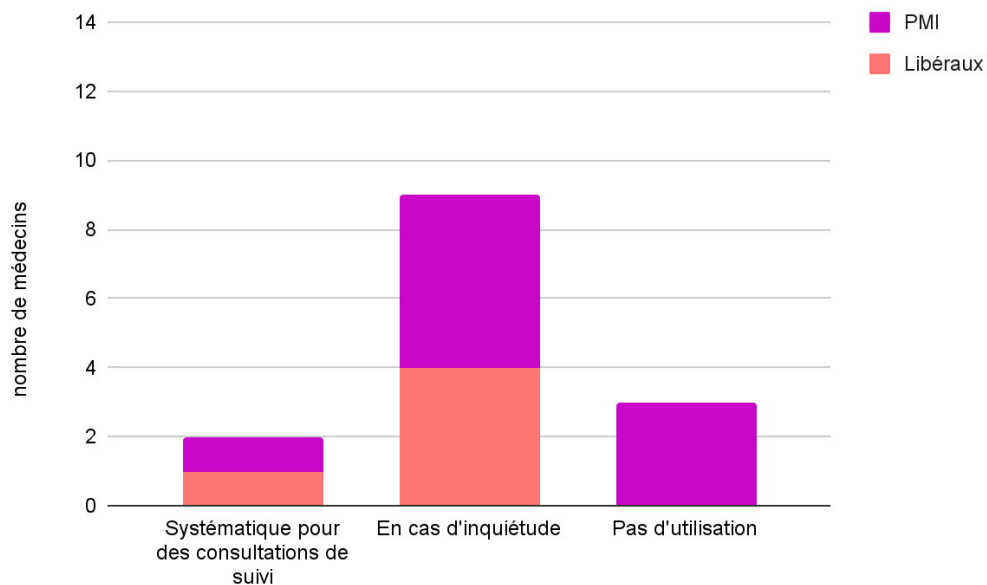


Figure 15 : Utilisation de l'échelle M-ADBB dans le groupe 2

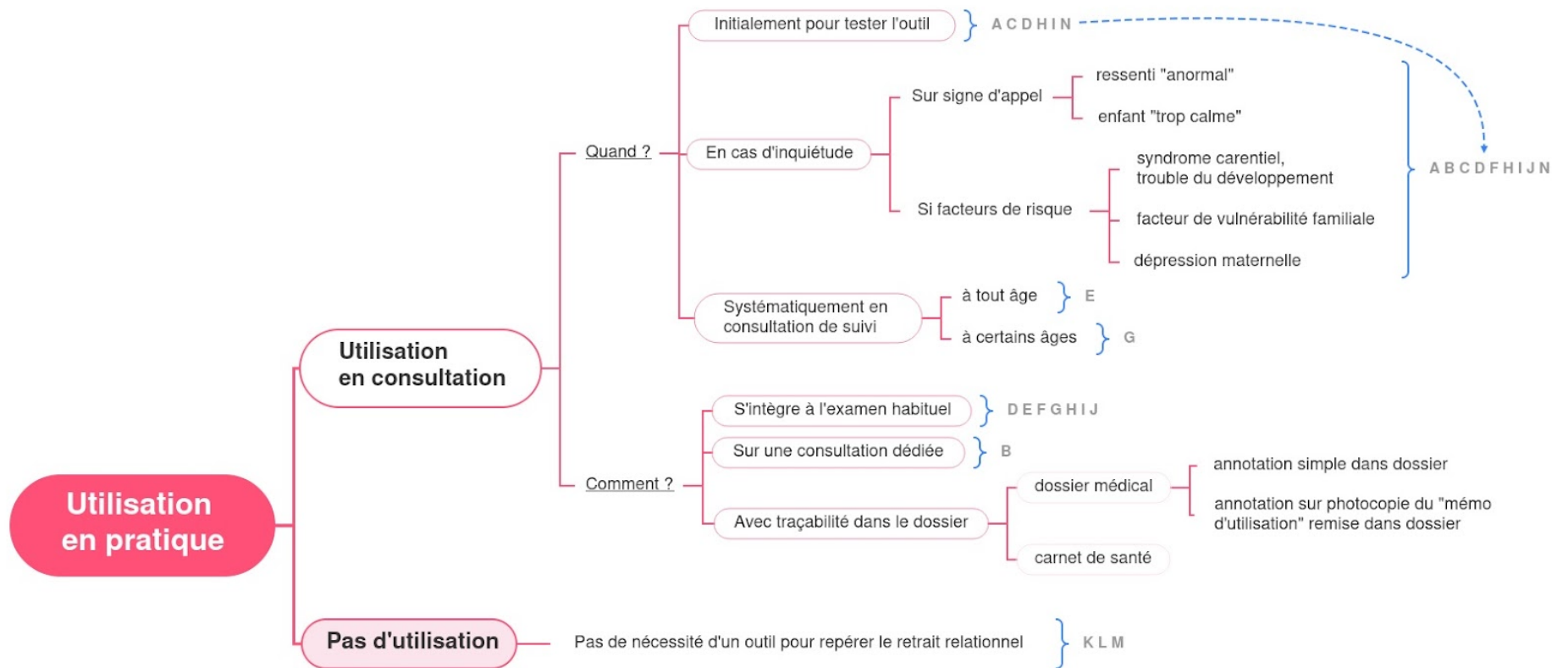
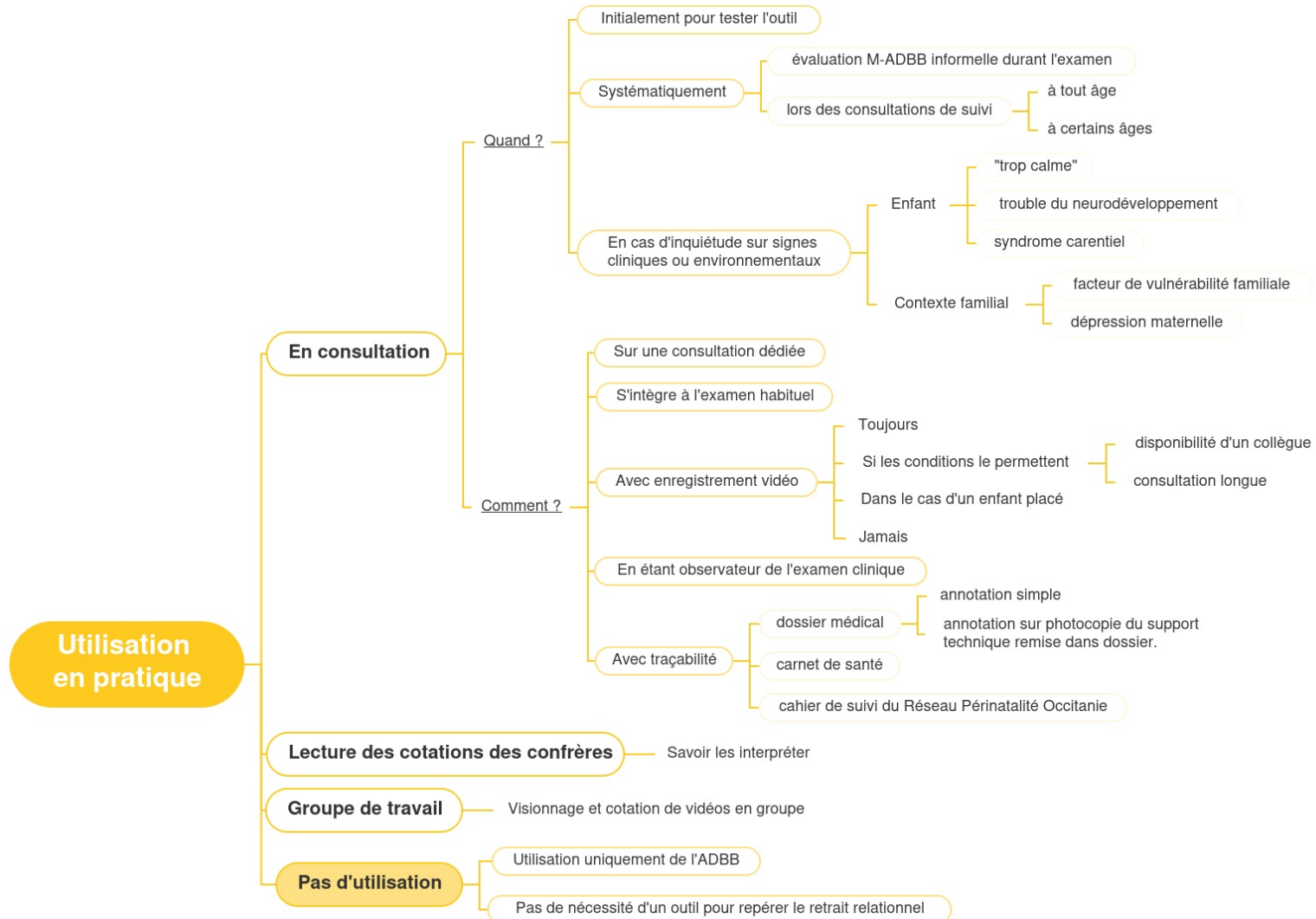


Figure 16.: utilisation de l'échelle M-ADDB dans la pratique des médecins du groupe 2

C. L'utilisation de l'échelle M-ADBB de l'ensemble des médecins interrogés



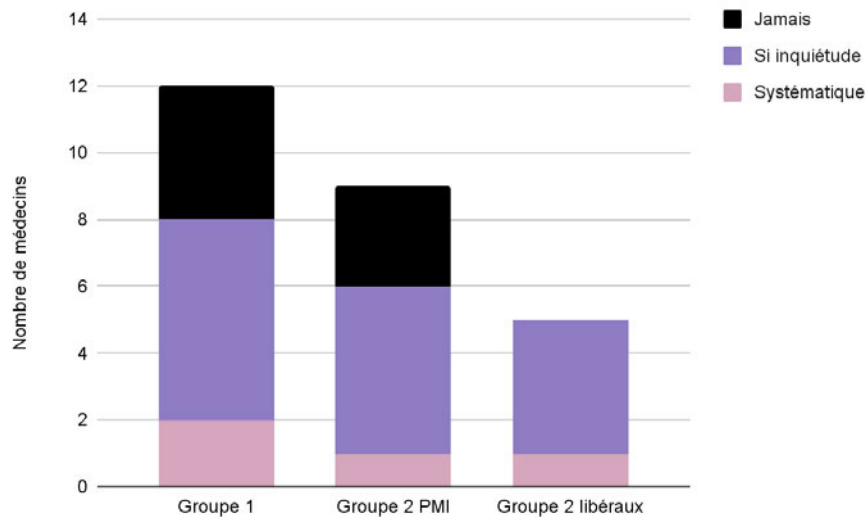


Figure 17 : Utilisation de l'échelle M-ADBB en consultation parmi l'ensemble des médecins interrogés.

Concernant les médecins de crèche :

- Celui du groupe 1 fait partie de ceux n'utilisant jamais l'échelle.
- Celui du groupe 2, a également une pratique libérale et fait partie de ceux qui utilisent systématiquement l'échelle. Ci-dessous, la retranscription de ses mots concernant son activité en crèche :

“J'aurais aimé savoir en quelques mots, si l'échelle M-ADBB peut vous être utile lors de votre exercice en crèche ? Et si non, pourquoi ?

Concernant la crèche, il y a tout le côté administratif de gestion des protocoles, etc, et les visites d'enfant. Le fonctionnement de la crèche dans laquelle je travaille : consultation d'entrée obligatoire, puis consultations possibles selon le désir des enfants ou influencées par le personnel si problématique médicale ou éducative avec un enfant. Donc concernant l'examen des enfants, c'est le même que celui des enfants vus en cabinet, donc même réponse ! [que pour son activité en libérale]” (mE)

3) Contribution de l'échelle M-ADBB à la pratique

Nous avons souhaité connaître dans quelle mesure l'échelle M-ADBB pouvait être bénéfique à la pratique des médecins.

A. Contribution à la pratique du groupe 1

a. Apport de la formation

La formation ADBB/M-ADBB, plus que l'échelle en elle-même, a eu un impact positif sur la pratique clinique de nombreux médecins.

- Renforcer l'attention sur les capacités relationnelles

De nombreux médecins parlent de vigilance renforcée sur les signes de retrait relationnel.

“Sensibilité préalable au relationnel de l'enfant, mais accrue. Notamment chez les enfants très petits, dès 2 mois.” (m8)

“Il est certain, qu'on va être en alerte quand on voit un bébé qui ne nous regarde pas dans les yeux, qu'on a du mal à aller chercher, qui ne vocalise pas, qui ne va pas sourire, qui... enfin voilà l'habitude, le contact oculaire difficile... donc forcément, on va être alerté. De part cette formation encore plus”. (m12)

Les 4 médecins qui n'utilisent pas l'échelle M-ADBB ont tous souligné cet atout qu'apporte la formation du Pr Guedeney :

“Ça me permet d'être plus vigilante sur le comportement du bébé et surtout de pouvoir l'identifier le retrait. D'être vigilante à ça et de le prendre comme une problématique à part entière, c'est à dire comme un symptôme et je vais aller chercher pourquoi.” (m10, utilise l'ADBB uniquement)

“Ça a conforté le fait d'être vigilant à tous ces critères-là.” (M11)

“Ah ça a contribué ! Car c'est vrai que ça attire vraiment l'attention sur le retrait du bébé. [...] Je travaille à l'IDEA aussi [...] Le bébé cherche à s'attacher à la personne qu'il a de manière assez angoissante et il y en a qui n'essayent plus et qui sont ancrés dans le retrait relationnel. Ça c'est évident. Donc c'est important de souligner ça ! Et les vidéos, ça peut permettre de souligner un point important, mais bon, il n'y a pas que cette manière, mais c'est une manière d'aborder un vrai problème, oui tout à fait, c'est intéressant. [...] Ça a permis pendant 4 jours de ré-étudier : de connaître un problème de douleur chronique, de reflux oesophagien, ou la dépression de la mère...” (m4)

“C'est pas l'échelle en elle-même, c'est cette formation et cette approche là, tout simplement pour pouvoir repérer, ce que lui [Pr Guedeney] appelle la détresse d'un bébé. Mais en fait oui, l'inconfort d'un enfant aussi. [...] C'est vraiment un signe d'alerte pour moi, donc je regarde après comment l'enfant se comporte au sein de la collectivité.” (m7, médecin de crèche)

- Adapter sa posture lors de l'examen clinique

La formation a permis à certains médecins (2, 3 et 13) d'ajuster leur façon d'examiner les nourrissons.

“C'est pas forcément en utilisant l'ADBB tu vois, mais... Depuis la formation je me rappelle de comment il mettait l'enfant, comment il allait le chercher pour le faire réagir. Donc ça c'est quelque chose que j'utilise systématiquement en consultation, quoi, et qui marche à fond, les parents, ils sont... [...] Et puis quand, t'es en train d'examiner un enfant, tu t'en va pas de l'autre côté de la pièce sans le lui dire. Ou tu lui dis "je vais te retourner"... bref, c'est une posture différente.” (m13)

“Ça a vraiment changé ma manière d'examiner un enfant et d'observer un enfant, et c'est très utile, ça m'aide. [...] Sur l'adaptation du nourrisson, ça m'a appris, et aussi sur ses compétences psychologiques.” (m2)

- Observation plus fine

Beaucoup (1, 2, 3, 9 et 10) expriment avoir affiné leur observation des nourrissons. Là aussi l'influence de la formation est probablement plus présente que l'outil lui-même.

“C'est un outil supplémentaire. C'est vrai que sans la formation avoir cette observation fine des signes de retrait de l'enfant et bien on ne l'avait pas. Et même si elle est validée pour les enfants plus jeunes, elle perd de son sens chez les plus grands, mais du coup c'est quand même une pratique d'observation de l'enfant qui est utile très régulièrement pour nous. [...] C'est vraiment ajouter un plus dans mon observation !” (m9)

“Dans mon observation en fait au quotidien des enfants que je reçois en consultation, je suis beaucoup plus vigilante et j'ai l'impression d'observer des choses que je n'observais pas avant.” (m10, utilise l'ADBB uniquement)

b. Apport propre à l'échelle M-ADBB

Le groupe 1 ayant été formé à l'échelle ADBB et M-ADBB, il est parfois difficile de discerner ce qui relève de l'apport de l'échelle longue ou de la courte. En théorie, tout est transposable à l'échelle M-ADBB.

- Objectiver un sentiment

Une majorité de médecins expriment avoir déjà eu l'impression qu'il y avait un trouble dans le relationnel avec certains enfants, cette échelle leur permet de l'objectiver. Ainsi on sort du ressenti pour obtenir quelque chose de précis, voire quantifiable.

“On a un moyen objectif de qualifier la relation, enfin les qualités relationnelles de l'enfant, enfin ou les capacités relationnelles. C'est un argument qui est agréable, car c'est en dehors de l'émotion.” (m13)

“Ne serait-ce que connaître les critères et pouvoir faire, ne serait-ce qu'une première cotation quand on voit un enfant qui nous interpelle, ça permet de mettre des mots sur des choses qu'on... je ne vais pas dire qu'on ressent, mais qu'on perçoit. [...] Ça a donné un côté scientifique à des intuitions. [...] Et je trouve que cette échelle, elle, pas déconstruit, mais elle compartimente un petit peu la réflexion et ça permet finalement d'avoir un argument plus scientifique et ça renforce finalement dans l'importance de ce qu'on peut ressentir d'un enfant. Ça a une valeur. [...] Ça légitimise.” (m6)

“Ça m'a permis d'avoir une échelle de gradation. Quand on a l'impression qu'il y a des difficultés relationnelles dans les interactions, etc, pour un bébé, c'est vrai que là ça nous permet de quantifier, c'est plus précis. Ça donne une précision, de quantifier un ressenti qu'on peut avoir.” (m1)

- Un nouvel indicateur

● Un signal d'alarme

Pour certains médecins (2, 3 et 8), la mise en évidence du retrait relationnel grâce à l'échelle constitue un nouveau “signal d'alarme”.

“Au repérage du retrait relationnel. Pour moi le retrait relationnel c'est un signal d'alarme. [...] C'est un signal d'alarme sur la relation. [...] C'est révélateur aussi de certaines situations. [...] Un enfant qui pouvait ne pas m'inquiéter sur son développement, sa sensori-motricité, maintenant il peut m'inquiéter sur un retrait.” (m2)

“Quand on a un bébé qui, dans une situation où on a des clignotants psycho-sociaux et qu'en plus on a un bébé qui est en retrait, là ça donne d'autres informations. [...] Ça indique que les besoins du bébé, ne sont pas respectés.” (m3)

- **Une réassurance**

Au contraire, dans certaines situations, notamment sociales, pouvant paraître inquiétantes, la réalisation de l'échelle peut s'avérer rassurante si elle montre que l'enfant est en très bonne interaction. (cf : 3, 6 et 9)

“Quelques fois ça peut apaiser au contraire. [...] On peut être inquiet pour un bébé et parce que justement, on se laisse contaminer par le contexte... Alors qu'en fait, ce qui est important, c'est qu'on voit le film sans le contexte. [...] Et justement, en regardant ça avec d'autres on peut se dire, bah non, finalement, les autres ne voient pas notre inquiétude dans le film.” (m3)

“La dernière fois que c'est arrivé, en fait, la cotation ADBB était plutôt rassurante ! Donc, justement, on a pu temporiser la réaction qu'on a eu.” (m9)

- **Un nouvel outil de communication**

- **Avec les familles**

- **Aide dans l'interrogatoire :**

Les 5 critères étant relativement simples sont repris par certains médecins (10 et 12) lors de l'interrogatoire des parents afin de savoir, par exemple, si l'attitude que l'on constate lors de notre examen est identique à la maison.

“Ça me permet, par exemple, quand j'ai un enfant qui ne me paraît pas bien. J'en parle tout de suite à la maman, je lui demande tout de suite si effectivement, l'enfant la regarde dans les yeux, comment elle le sent. [...] Ça me permet de mieux communiquer avec les parents, de façon plus sécurisée, plus sécurisée ouais. Vous voyez des fois avec les parents on ne sait pas quoi leur dire, on se dit “olalah, est-ce qu'on leur dit, est-ce qu'on leur dit pas ?”. Et puis là on a des choses très précises, c'est vachement simple et puis ça parle aux parents. Et ça c'est très bien.” (m12)

- **Expliquer la nécessité d'une prise en charge :**

Il est parfois délicat d'expliquer à une famille que leur enfant a besoin de certaines interventions médicales, paramédicales ou sociales. Cela l'est d'autant plus si la famille ne perçoit pas de problème. Le fait d'objectiver un retrait relationnel, facilite la compréhension du trouble et par conséquent la nécessité de sa prise en charge selon le médecin n°5 :

“En tout cas pour la famille d'accueil et la grand-mère avec qui j'étais en relation, ça me permettait de médicaliser l'observation que je faisais de la petite et de justifier après les orientations qui ont été prises. [...] Là le fait que ce soit une échelle et que ce soit bien coté, il y a plus d'adhésion quoi.” (m5)

- **Avec les collègues**

- **Travailler en équipe avec un même langage :**

Le médecin n°9, chef de service, grâce à sa connaissance de l'échelle ADBB/M-ADBB, a la capacité d'interpréter les résultats rapportés par son équipe qui l'utilise :

“Après si on veut aussi comprendre de quoi parlent les collègues, voilà, il faut être formé.” (m9)

Le médecin n°12 explique que les critères sont repris pour transmettre des informations clés entre puéricultrice et médecin :

“Les puéricultrices avec lesquelles je travaille, elles ont été formées aussi, donc forcément, quand elles passent dans mon bureau elles me disent “j'ai eu du mal à capter son regard, je trouve qu'il est...” (m12)

- **Pour avoir un avis :**

En cas de doute, plusieurs médecins (3, 5, 6, 8 et 10) disent que l'échelle permet de comparer les scores entre collègues afin de rechercher un consensus. Pour cela, la vidéo est souvent utilisée comme support.

Cette évaluation collective renforce l'objectivité du diagnostic.

“Et ce qui est très très intéressant, encore plus, c'est qu'il y a la kiné qui a eu la même formation dans un autre espace. Et je sais qu'à un moment donné j'avais un doute pour une gamine, je lui avais envoyé pour une prise en charge kiné, mais elle a fait aussi l'échelle ADBB et on a comparé nos scores. Et ça c'est quand même bien quand on a des regards croisés sur un enfant d'avoir une formation commune quoi. Car dans tout ce qui est problème relationnel, il y a souvent du ressenti, pas d'objectivité, là ça fait une objectivité dans l'examen.” (m5)

“On a un exemple avec une autre collègue qui a envoyé un film à d'autres pour la cotation, et il s'est avéré que l'enfant était bien en retrait. Mais elle qui connaissait l'histoire de l'enfant et qui connaissait la situation, à côté le film avec un score plus mauvais que les deux autres collègues qui ont coté la vidéo. Moi je ne l'ai pas coté car je connaissais l'histoire de l'enfant aussi donc c'était biaisé. Mais, mes collègues qui ont coté mais qui ne connaissaient pas l'enfant, ont rajouté un point en mieux que ma collègue qui connaissait l'histoire. Donc il faut le savoir aussi. Le fait de le faire à plusieurs ça enlève tous les biais liés à la connaissance de la situation familiale.” (m6)

“Le groupe de travail travaille sur la base de vidéos, permettant une observation plus fine.” (m8)

- **Quand on adresse un patient**

Pour le médecin n°13, l'échelle M-ADBB donne un langage professionnel lorsqu'on adresse un enfant pour une prise en charge.

“Je pense que quand on adresse aussi l'enfant à un confrère, une consœur, une équipe pluridisciplinaire, je trouve que c'est hyper important d'avoir ce... C'est très utile. Parce qu'on peut dire "oh la relation avec la maman elle est supère !" Pfff, ça ne veut rien dire en fait ! Ça ne veut rien dire du tout, c'est opérateur dépendant. Si tu dis, "voilà, j'ai fait, il y a un mois, la M-ADBB ou l'ADBB, je suis toujours à la même cotation". Voilà, ça a une autre valeur. [...] C'est un bon outil, que les kiné pédiatriques peuvent utiliser, enfin utilisent déjà, sont formés. Et puis, dans le réseau aussi [Périnatalité Occitanie], eux aussi sont sensibilisés et c'est intégré dans les fiches de suivi du réseau.” (m13)

- Avec la justice :

Dans le domaine de la protection de l'enfance, objectiver des faits avec l'échelle M-ADBB peut constituer un argument médico-légal.

“Et au niveau de la justice, notamment pour les rapports au juge, je trouve que c'est un très bon outil. Les juges demandent des faits tout le temps dans les rapports. C'est vrai que quand on disait qu'il y avait un "retrait relationnel" ce n'était pas parlant. Maintenant, dans les rapports, je rejoute les critères de l'échelle, et je trouve qu'ils perçoivent beaucoup mieux ce qu'on veut dire dans le retrait relationnel.” (m5)

“C'est un argument médico-légal important, puisque l'assurance va vous dire "mais dans le dossier, pourquoi...?", "j'avais coté ça comme ça et vous sortez une échelle" ; par contre, si vous avez mis dans votre dossier simplement un griffouilli "va bien", c'est moins porteur.” (m4)

- Prise en charge précoce et adaptée

L'échelle permettant de repérer précocement le retrait relationnel, le praticien s'alarme donc plus vite et peut alors adapter la prise en charge rapidement. (cf : m8 et 12).

“Sur le plan clinique, si vous voulez, ça nous apporte beaucoup. Parce que du coup, ça nous permet d'anticiper sur les prises en charge quoi. Donc, si vous voulez, si un enfant continue à être comme ça, forcément on va s'inquiéter, on va faire autre chose quoi. On va forcément... Je pense que la prise en charge des enfants est plus précoce et de meilleure qualité.” (m12)

Ainsi, un travail avec la famille et avec les acteurs médico-sociaux peut s'organiser :

● **Prise en charge familiale**

- Mise en évidence de difficultés parentales :

Le retrait relationnel peut être lié à des difficultés émotionnelles de la mère depuis son accouchement (19). Lorsque l'on trouve un nourrisson en retrait, cela peut mettre sur la voie pour dépister une dépression du post partum passée inaperçue par exemple. Et ainsi, venir en aide à la fois au nourrisson et à la mère. (cf : m1 et 12)

“Une prise en charge peut être plus rapide oui. En disant aux parents "attention", etc. Et puis essayer de creuser un petit peu "pourquoi cet enfant est en retrait ?". C'est vrai que la plupart du temps, les enfants qu'on a eu en

retrait relationnel, c'était souvent lié à des problématiques maternelles : des mamans déprimées... Donc ça nous permettait aussi de rebondir sur l'état de santé psychique de la maman, des baby blues..." (m1)

Le retrait relationnel peut aussi refléter la réaction d'un nourrisson qui serait pas assez ou trop stimulé et dont les capacités adaptatives seraient dépassées, ce que souligne le médecin n°3 :

"Pouvoir en parler aux parents. Par exemple quand on voit un bébé qui est trop stimulé, qui peut se retirer, etc. De pouvoir le signifier aux parents." (m3)

- Ainsi, la mise en évidence d'un retrait relationnel avec l'échelle M-ADBB peut s'intégrer dans un processus de **guidance parentale** selon les médecins 8 et 13 :

"Et c'est aussi une façon de faire du travail... de soutien à la parentalité je dirais aussi. C'est pas tant de le passer une fois, c'est de se dire : "bon voilà on va le faire aujourd'hui, puis on va le refaire demain ou dans deux mois..." Ça m'a permis de faire alliance avec les parents et pas de poser un diagnostic "bim", enfin, de toute façon je ne pose jamais de diagnostic en une fois. Mais, je trouve que c'est un outil qui permet aussi aux parents de voir les compétences de leur enfant, voilà, c'est très très important. [...] Je peux parler de l'outil aux parents. Pas forcément en négatif, c'est à dire "ah votre enfant, si on le filmait, par exemple si on faisait, vous savez il y a une échelle qui nous aide à dépister des soucis chez les bébés, oh il serait un exemple, vous avez vu comment il me regarde ! Comment il vient me chercher, tout ça !". (m13)

- **Dans le réseau médico-social**

Dans la mesure où le réseau de professionnels a connaissance de cet outil, les résultats de l'échelle M-ADBB peuvent constituer un argument de poids pour initier rapidement une prise en charge médico-sociale adaptée. Les médecins 5, 6 et 10 en témoignent :

"Peut-être un peu plus d'assurance et d'éléments pour tout de suite alerter et dire, il y a un problème, il faut modifier là, il faut modifier quelque chose pour cet enfant pour que ça aille mieux. Et l'histoire a montré qu'effectivement, ce qui a été mis en place a... Enfin, il a changé du tout au tout, cet enfant a toujours des choses qui sont compliquées mais, il y a... J'ai l'impression que le fait d'avoir fait cette cotation, d'avoir eu aussi le retour [des collègues], m'a permis d'avoir un mail plus argumenté pour demander une modification de la situation de cet enfant, et ça a été pris en compte tout de suite. Parce que, sans l'échelle, est-ce que j'aurais eu autant d'arguments et autant d'assurance pour demander une action rapide ? Je ne sais pas !

[...] A la suite de l'échelle, enfin de la cotation et de la consultation en général, associé aux inquiétudes de la puéricultrice, j'ai envoyé un mail à mon supérieur [...] le jeudi soir et le lendemain, mon chef a transmis au responsable de la petite enfance, et le lundi suivant l'adaptation se faisait, le vendredi suivant le petit était chez sa nouvelle ASFAM. Donc ça a été très vite finalement. [...] Ca a eu un poids de coter, et que je puisse dire « là il y a une situation de retrait relationnel »." (m6)

- **Structurer un suivi**

Avec ses 5 items et le système de cotation, l'échelle M-ADBB donne des points de repères reproductibles pour suivre une évolution. (cf : médecins 2, 5 et 13)

“L'échelle ADBB on est passé d'un retrait relationnel gravissime à finalement, actuellement, la gamine vient de faire 3 ans et elle est rentrée dans la norme. C'est ça qui est super, c'est qu'on a pu se baser aussi sur l'évolution de l'échelle.” (m5)

“C'est un outil de suivi aussi je dirais. C'est une photographie à un instant T, mais ce n'est pas figé du tout, donc voilà c'est un outil de suivi.” (m13)

- **Un outil pédagogique**

Quelques médecins (6 et 13) ont dit se servir de l'échelle pour sensibiliser les internes au repérage du retrait relationnel.

“Par rapport aux internes qui n'ont pas eu la formation forcément, mais de parler de ces capacités-là de l'enfant quoi. Et d'une posture particulière quand tu examines un enfant, un bébé. [...] Enfin voilà, on l'utilise, enfin moi je l'utilise très très souvent quoi. Sans forcément coter des enfants, mais de façon positive, d'en parler.” (m13)

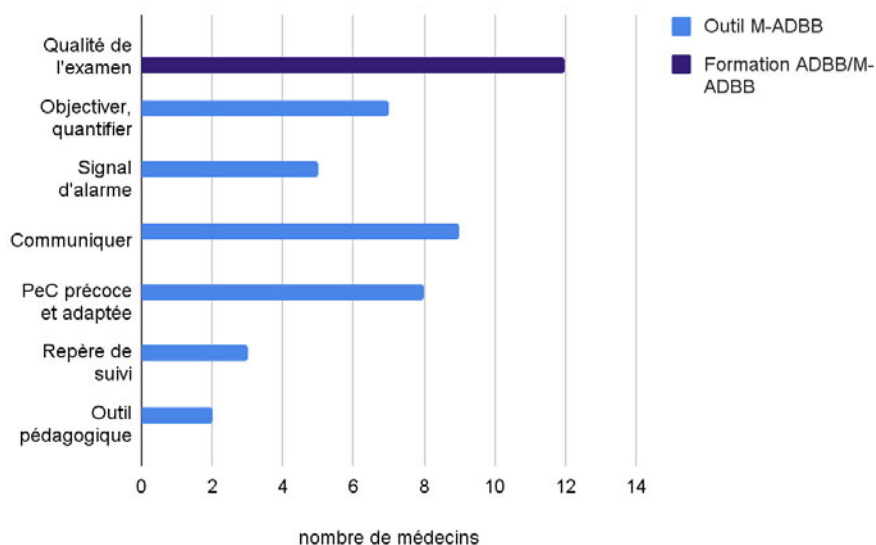


Figure 18 : Apport de la formation et de l'échelle M-ADBB selon les médecins du groupe 1

c. **Apport de la pratique de l'échelle en groupe**

Le médecin n°3 souligne deux points en lien avec l'usage spécifique de l'échelle lors de séances de groupe au cours desquelles des praticiens réévaluent ensemble des nourrissons à travers des vidéos qu'ils ont enregistrées.

- **Les séances M-ADBB renforcent la cohésion du réseau :**

“Un autre bénéfice secondaire, mais bon, c'est pas propre à l'ADBB, mais quand on fait des groupes de travail comme ça, ça permet de mieux se connaître entre partenaires. On se connaît mieux, on connaît mieux ses

limites, on comprend mieux aussi les limites de l'autre, c'est intéressant. Et quand on présente une situation comme ça aussi, quelques fois on se met un peu à nu, on peut se planter." (m3)

- Opportunité de discuter de manière collégiale de la prise en charge :

"C'était vraiment intéressant de reprendre ça en groupe car après on peut aussi se dire : "tiens, on pourrait peut-être proposer tel ou tel outil". L'intérêt c'était inter institution (PMI, CAMPS, institut St Pierre), c'est l'occasion aussi de pouvoir dire "tiens, cet enfant ça vaudrait le coup de l'orienter, au CAMPS, sur le secteur pédopsy..." (m3)

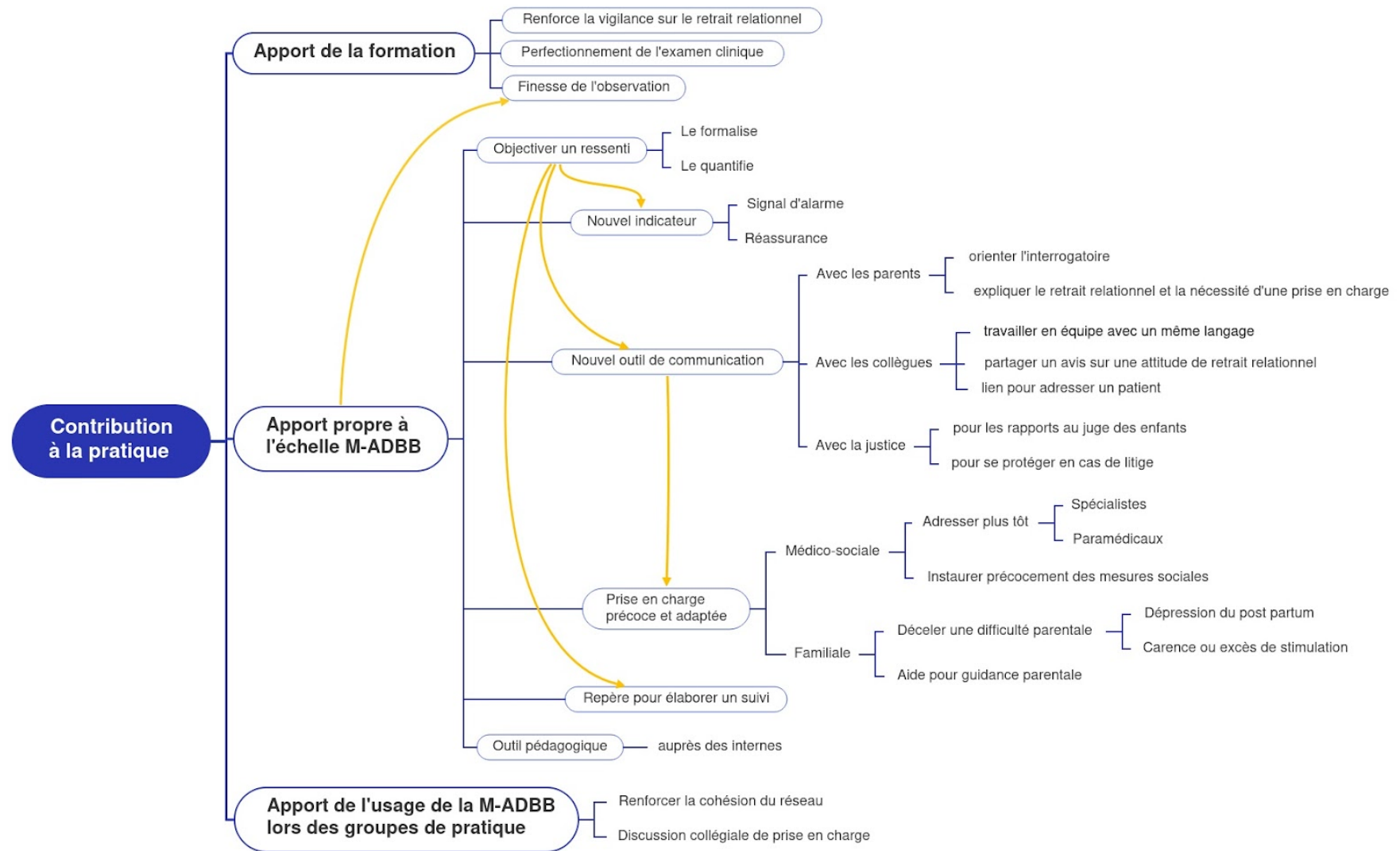


Figure 19 : contribution de l'échelle M-ADBB à la pratique du groupe 1

B. Contribution à la pratique du groupe 2

a. Apport de l'échelle M-ADBB

- Qualité de l'examen clinique

- Systematiser l'examen

Un médecin (A), le plus récemment diplômé, explique que la connaissance de cette échelle lui permet de systématiser son examen clinique du nourrisson :

“Chez les tout petits [...] ça a un peu automatisé le fait d’y penser et du coup, j’ai l’impression que l’examen clinique il est un peu plus complet. [...] ça m’a permis d’avoir un examen clinique qui est un peu plus systématique au niveau de l’interaction avec l’enfant.” (mA)

- Renforcer la vigilance sur le retrait relationnel

Plusieurs médecins (D, E, G, H, I et J), bien qu’habitué à examiner les nourrissons estiment que la connaissance de cette échelle permet de renforcer leur attention sur certains critères :

“Ça permet d’être un peu plus dans l’observation de l’enfant. On est encore plus attentif, parce qu’il y a des choses qu’à force on finit par faire de manière réflexe. Et bah là du coup on est plus attentif et plus globalement. [...] Je ne fais plus les choses par réflexe, je suis à nouveau dans l’attention de l’enfant et c’est bien. Et pour ma consultation parce que c’est plus agréable que de faire les choses réflexes. Et puis je pense pour les parents et pour les enfants, ça peut leur apporter quelque chose.” (mE)

“Je trouve ça intéressant, parce que ça permet de reposer à chaque fois la question du trouble du développement, bien que, je pense que chez les médecins de PMI qui ont un peu de bouteille, si tu veux, je crois que c’est quand même quelque chose qui est acquis chez nous, on fait quand même attention à ça. Mais, c’est toujours intéressant. Et après, c’est aidant, je trouve, sur la tranche d’âge 0-12 mois, parce que, sur les 12-24 mois, je trouve que c’est quand même nettement plus facile de trouver des points d’appel.” (mH)

“Ça force à être rigoureux et bien au clair avec les différents thèmes. [...] Ça sécurise un peu déjà l’approche qu’on a de manière naturelle. [...] Un peu plus vigilant et de pouvoir, du coup, le scorer et ça peut donner, ouais, comment dire... Ça peut être une aide oui. Surtout pour les deux thèmes “contact visuel” et “relation” qui sont les deux thèmes, voilà, qui quand même, on doit prendre plus de temps pour bien les analyser, c’est un contact avec soi et pas forcément avec la mère, donc il faut prendre du temps pour le faire, et ça c’est intéressant.” (mI)

- Rationaliser

- Objectiver

De nombreux médecins font référence à cette notion d’objectiver un ressenti :

“Une approche plus codifiée et plus scientifique que la simple impression. Voilà, où on peut effectivement se tromper sur la simple impression. Donc là on arrive plus à rationaliser les choses et à les codifier.” (mB)

“C’est un ressenti quand on fait une observation, un examen clinique. Là on met des scores, donc on objective un peu plus. C’est toujours un peu subjectif quand même. Et puis, c’est bien dit, il y a quand même des éléments qui sont, des items tempéramentaux, etc, qui sont pas des critères... Mais non, c’est pas binaire non plus. En tout cas, ça nous donne quand même une échelle qui nous permet d’objectiver un peu plus les choses.” (mF)

- **Quantifier**

De plus, l’échelle M-ADBB permet de quantifier le retrait relationnel et donc d’être plus précis relèvent deux médecins :

“C’est intéressant et ça permet de bien quantifier les retards, les retards d’acquisition et ce qu’on appelle le retrait relationnel précoce pour orienter assez précocement.” (mC)

“C’est une manière d’objectiver les choses, de pondérer les choses, de dire, je peux coter les choses, voilà, mettre un chiffre sur les éléments.” (mF)

De cette qualité de rationalisation du retrait relationnel, en découlent plusieurs avantages :

- **Un nouvel indicateur**

Comme dans le premier groupe, plusieurs médecins expliquent que cette échelle constitue un nouvel indicateur de part sa capacité à mettre en évidence le retrait relationnel :

- **Un “signal d’alarme” ou renforcer un sentiment d’inquiétude**

Comme son nom l’indique, l’échelle “modify - alarme détresse bébé”, permet aux médecins de s’alarmer en cas de score pathologique. Trois médecins l’ont souligné dans le premier groupe, ici, deux autres le disent aussi :

“Ça peut me servir d’alarme. [...] Ça permet aussi de déclencher une alarme et de revenir ensuite sur ce problème. Ou d’être rassuré. Et c’est surtout le côté alarme qui pour moi est intéressant.” (mB)

“Je dirais ça a confirmé des inquiétudes et ça nous a permis de dire “peut être qu’il faut aller plus loin effectivement dans la prise en charge quoi”.” (mF)

- **Une réassurance**

Au contraire, un score M-ADBB normal permet de se rassurer, notamment dans certaines situations à risque et ainsi d’adapter la prise en charge rapportent A et J.

“Au début quand j’ai commencé à coter, je me suis dis “ah lui il doit être un petit peu en retrait” mais en fait c’est vrai qu’en faisant l’échelle, je me suis rendue compte qu’on choppe quand même le contact visuel, bon les mouvements c’était bon, la vocalisation aussi et finalement quand on lui proposait des jouets ou des choses, il

entraît quand même dans l'échange. [...] Le fait d'avoir l'échelle, ça m'a permis de me dire "il est pas si mal ce petit finalement" et j'ai juste demandé à la maman, pour la visite d'après qu'il soit revu, d'essayer de prendre rendez-vous avec la PMI justement. Voilà ça m'a permis de me dire c'est temporisable, sous réserve que derrière il y ait bien un pédiatre qui revoit quand même le petit. Alors que sans l'échelle, je me serais peut-être énervée un peu plus vite." (mA)

"J'ai des mamans qui ont des belles dépressions et ça me rassure en fait de voir que l'enfant de son côté lui il va bien." (mJ)

- Un nouvel outil de communication entre professionnels

• Travailler en équipe avec un même langage

Trois médecins (F, I et J) de PMI estiment que cette échelle permet d'harmoniser les observations entre les différents professionnels.

"Ce qui est intéressant c'est que là on travaille en binôme avec les puéricultrices notamment [...] Et du coup ça nous a permis de nous mettre d'accord un peu aussi sur nos observations. Ça a permis d'échanger, de dire est-ce qu'on ressent la même chose ?. [...] Mais ça nous attire, ça nous éveille l'attention. Et je trouvais ça intéressant justement dans le fait d'échanger avec quelqu'un. [...] Maintenant, bon après, si ça devient un langage commun ça pourrait être intéressant quoi." (mF)

"Travailler en équipe une... justement une... une harmonisation sur l'observation. [...] J'ai la chance d'avoir des puéricultrices, je leur ai aussi transmis l'échelle M-ADBB. [...] Je sais qu'elles vont être vigilantes aussi maintenant sur les mêmes choses que moi" (mJ)

"C'est vrai que la psychologue de l'EDES m'avait déjà parlé de l'échelle M-ADBB." (mJ)

• Standardisation utile en cas de nomadisme médical

Le médecin A souligne que cet outil permet une évaluation standardisée du retrait relationnel, ce qui est pertinent en cas de nomadisme médical.

"C'était un enfant qui était souvent vu par des intervenants différents alors du coup, je m'étais dit, si quelqu'un après moi il connaît l'échelle ce serait un point de comparaison le fait que ce soit noté. [...] Et pour le cas des enfants qui sont suivis par différents médecins, qui papillonnent un petit peu, c'est plus utile de mettre ça que de mettre "contact visuel fuyant" et ne pas parler du reste. Alors que là, s'il y a l'échelle, s'il y a plusieurs points qui vont pas où c'est noté, que quelqu'un d'autre le refait et que ça s'améliore pas. Bah, ça permet de, voilà, même s'il y a des intervenants différents, c'est plus facile de comparer. [...] Pour les enfants qui sont suivis par différents intervenants, ça fait quelque chose de comparable entre deux intervenants différents." (mA)

• M-ADBB en soins primaires et ADDB par les spécialistes ?

Un médecin rappelle que quelques pédopsychiatres utilisent l'échelle longue ADDB. Ainsi utiliser l'échelle courte M-ADBB en médecine générale pourrait permettre une coordination entre les soins primaires et secondaires.

“J’en ai parlé à mon épouse qui l’utilise aussi. Elle connaissait le test. Elle l’utilise au CAMPS.

Elle utilise la courte ou la longue ?

Non, je pense que c’est la longue parce qu’ils ont plus de temps. [...] La difficulté, une fois que l’alarme s’est allumée, il y a un problème de retrait relationnel, ce qu’elle me disait c’est le problème de faire la part des choses et de savoir si c’est une dépression du nourrisson ou si c’est vraiment un syndrome autistique. Voilà après ça, ça nous dépasse. Enfin ça dépasse la mission du médecin généraliste, je pense qu’il faut passer la main.” (mB)

- Prise en charge précoce et adaptée

● Prise en charge médicale

En objectivant le retrait relationnel, cela peut permettre aux praticiens d’entamer une prise en charge médicale adaptée plus précoce selon les médecins A et C.

“Je l’ai passé à des patients en rétroactif, ça m’aurait permis pour de jeunes patients de les orienter plus précocement que je n’ai fait [...] Plutôt que de me dire, on attend de voir un peu l’évolution dans le dossier, à ce moment-là c’est intéressant d’avoir l’échelle pour justement quantifier et objectiver l’éventuelle anomalie.” (mC)

● Prise en charge sociale

Cela peut être aussi utile dans le cadre du recours à des structures sociales :

“L’autre jour j’ai fait passer une échelle à un enfant que je trouvais “pas top”. [...] Là c’était intéressant parce que j’ai mis, “M-ADBB 2, à revoir”. [...] Voilà, associé à d’autres signes, ça peut rentrer dans un contexte de maltraitance ou de carence grave, et donc peut-être, à une évaluation pour demander une aide éducative, un placement, ou je sais pas.” (mH)

“Quand on fait des rapports, bah c’est plus, c’est des critères, c’est des faits quoi. On dit pas “j’ai cette impression que...”, c’est vraiment “cet enfant ne fait pas ça, il ne fait pas ça alors, qu’il devrait, cela témoigne d’un retrait relationnel”. C’est là où je trouve que c’est assez pertinent quand même.” (mJ)

- Repère pour élaborer un suivi

La moitié des médecins ont cité l’intérêt de cette échelle pour donner un repère de suivi.

“Parfois on est interpellé, on dit qu’on revoit la fois suivante. C’est vrai que c’est intéressant, parce que du coup si on a pu le marquer dans le dossier on peut y revenir l’observation suivante, dire comment ça évolue, etc. [...] Comme tout outil, moi je trouve que les échelles sont intéressantes parce que ce sont des critères sur lesquels on revient et on essaye de... Enfin comment dire, on peut y revenir une fois sur l’autre. Donc je trouve que c’est applicable à ce niveau là. [...] Ça permet d’avoir un repère d’une fois sur l’autre.” (mF)

“J’aimerais pouvoir ensuite avoir une trace ou si quelqu’un me remplace avoir une trace du premier examen. Pour voir l’évolution ? Oui, c’est ça, pour voir l’évolution.” (mG)

“Je l’utilise aussi comme item de suivi. [...] C’est intéressant aussi de l’utiliser sur le long cours, quand il y a des facteurs de risque notamment. Ça devrait être fait à chaque fois je pense ! Enfin, de manière instinctive, mais

ouais.” (mJ)

- **Un outil pédagogique**

Certains médecins, et notamment un qui n'utilise pas l'échelle dans sa pratique quotidienne, considèrent que l'échelle M-ADBB peut être un bon outil pédagogique pour sensibiliser au repérage du retrait relationnel.

“On a eu une petite réunion d'équipe, et bah j'en ai reparlé en équipe avec les puer, avec la stagiaire et la secrétaire. Et ça c'est toujours intéressant, ça nous fait un peu brasser des connaissances, parler d'un sujet qui est important, parce que, voilà, on est dans la prévention. [...] C'était très bien de faire ça avec la stagiaire puer, parce que ça m'a permis à moi d'être aussi très didactique, pour moi aussi.” (mH)

“La M-ADBB, je pense que je vais peut-être plus l'utiliser parce que pédagogiquement ça permet de former des gens qui ont moins d'expérience que moi. [...] C'est un bon outil pédagogique je dirais et de formation pour aiguïser le regard des jeunes professionnels sur l'observation de l'enfant.” (mM, n'utilise pas l'échelle dans sa pratique)

b. Aucun intérêt quand on a une grande expérience clinique pédiatrique

Dans la partie “2- Utilisation”, les médecins K, L et M ont fait part de leur grande habitude d'examiner les nourrissons et de prêter attention aux signes de retrait relationnel, ainsi, ils n'ont personnellement trouvé aucun bénéfice à cet outil :

“J'en n'ai pas retrouvé une utilité” [...] C'est des choses, je trouve que finalement on a intégré [...] et du coup bah j'ai pas trop eu besoin de scorer en fait.” (mL)

→ L'échelle ADBB serait potentiellement plus intéressante :

Le médecin K, pense qu'éventuellement, l'échelle ADBB pourrait par contre permettre d'approfondir son observation.

“Pour moi ça n'a pas du tout d'intérêt, c'est pas plus que ce que je savais.

Est-ce que vous pensez que l'échelle ADBB longue aurait pu vous être plus utile ?

Alors elle permet d'approfondir un peu quand on a un doute. Ça a son intérêt.” (mK)

Ce n'est pas l'avis du médecin M :

“Est-ce que, à votre avis, l'échelle ADBB, elle pourrait vous être plus utile dans votre pratique ?

Je crois que plus c'est simple mieux c'est ! [...] Après si on commence à multiplier à avoir 5 – 8 items on va en zapper un. Donc je dirais à l'utilité, c'est mieux la simplifiée.” (mM)

Par ailleurs, selon le médecin D, les items de l'échelle longue pourraient être utiles pour expliquer aux familles le retrait relationnel et la nécessité de certaines prises en charge :

“Après quand on est face à des parents, et ça arrive qu'on soit face à des parents qui ne veulent pas voir ou qui sont dans le déni quand il y a quelque chose : un trouble dans le contact, dans la relation... Et dans ces cas-là, avoir une échelle plus détaillée, voilà pourrait permettre d'ouvrir un peu le regard, en tout cas aux parents, quelque chose d'objectif. Peut-être que oui, avant l'étape “avis spécialisé”. Pour permettre justement que les parents acceptent qu'on aille vers un avis spécialisé parce que parfois c'est compliqué.” (mD)

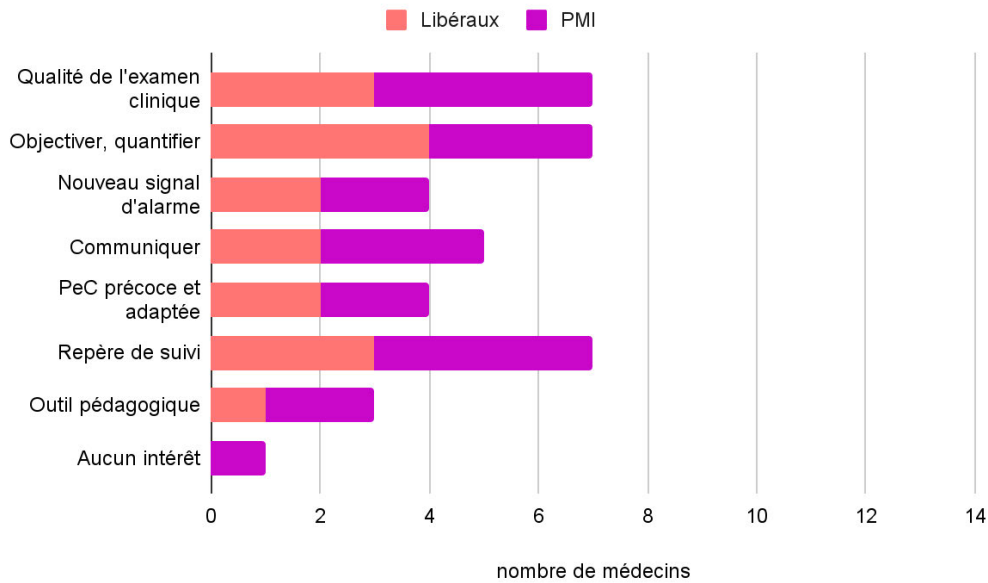


Figure 20 : Apport de l'échelle M-ADBB à la pratique du groupe 2
(rappel : 5 médecins libéraux et 9 médecins de PMI)

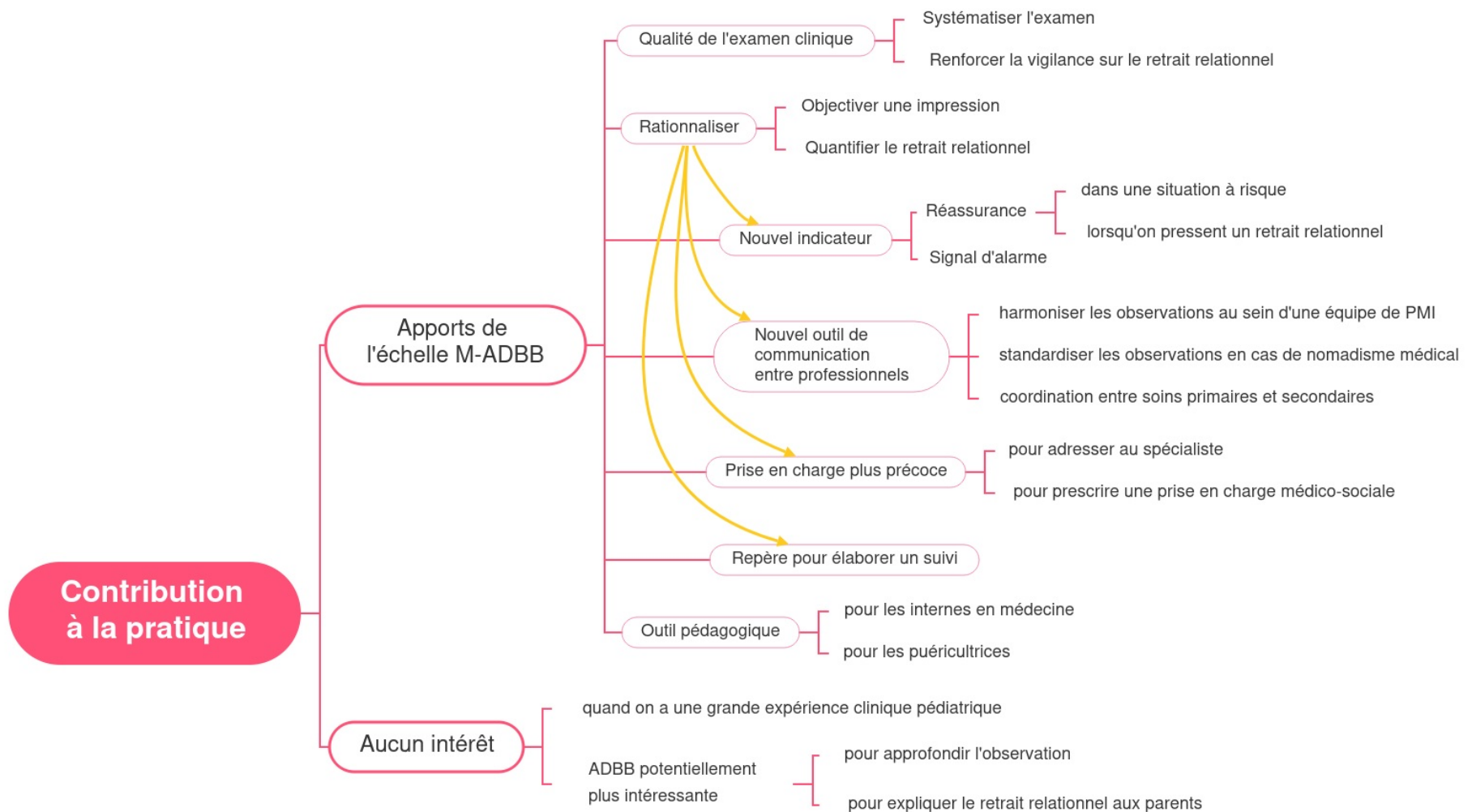
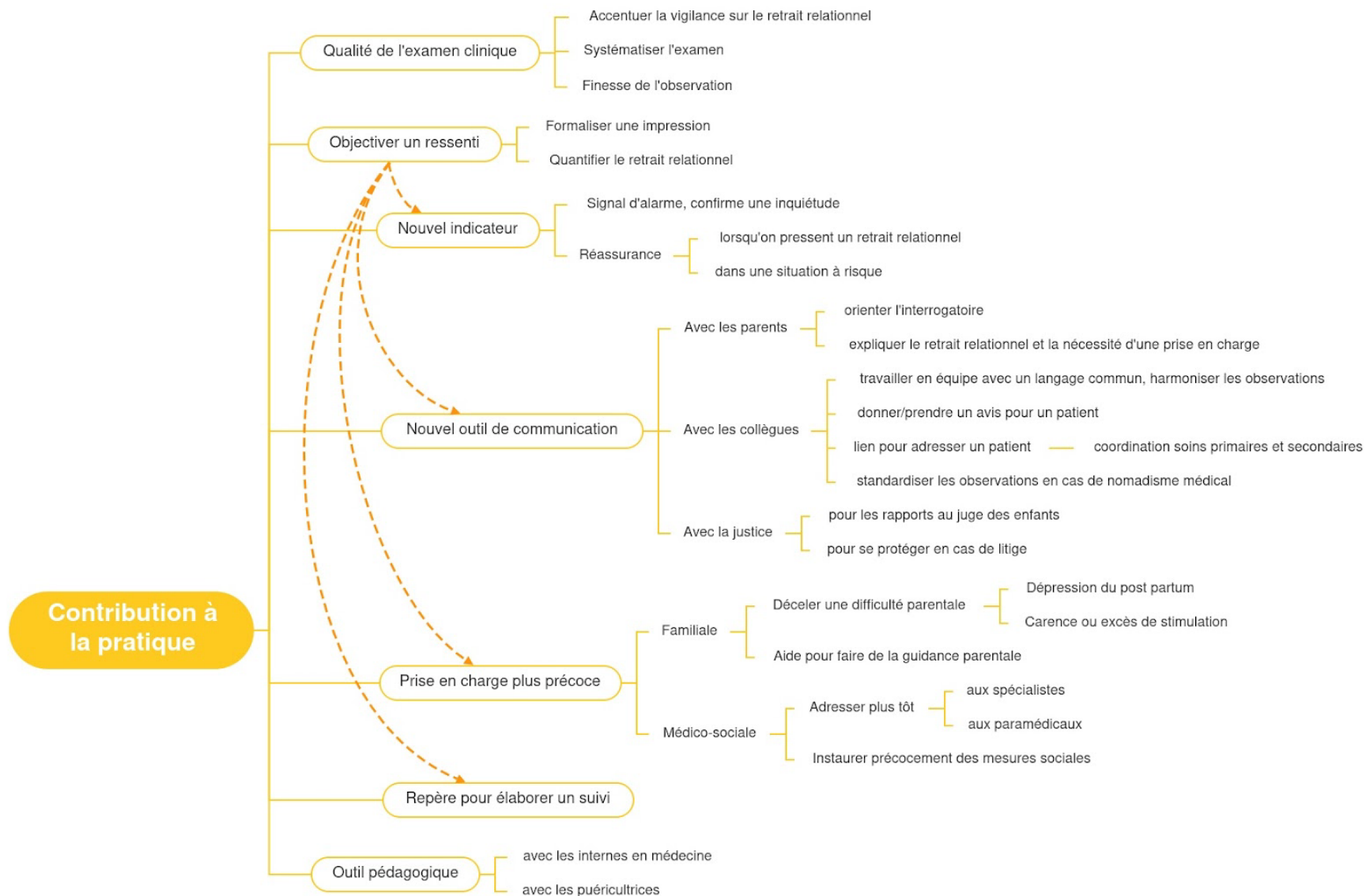


Figure 21 : Contribution de l'échelle M-ADBB à la pratique des médecins du groupe 2

C. Les apports potentiels de l'échelle M-ADBB à la pratique des médecins généralistes en soins primaires



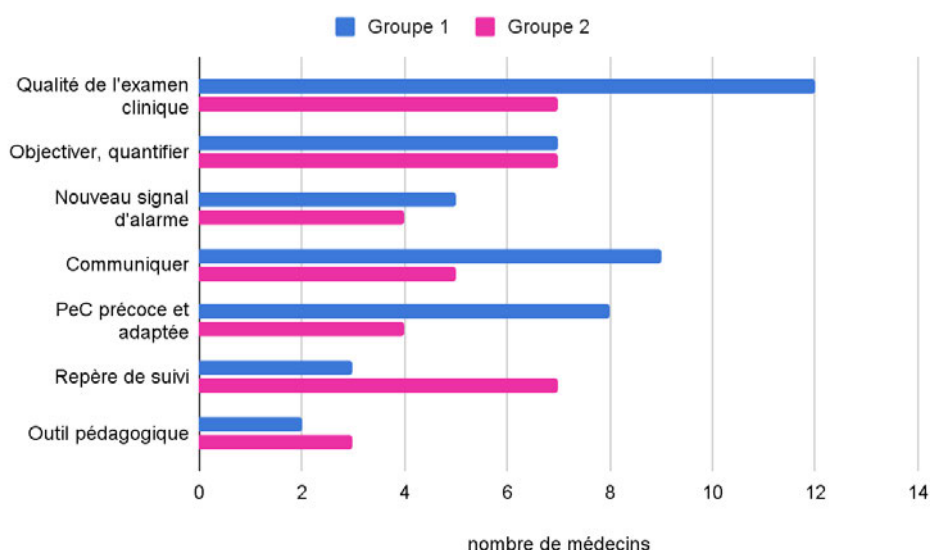


Figure 22 : Apport de l'échelle M-ADBB selon l'ensemble des médecins interrogés

Pour rappel, la qualité de l'examen clinique est essentiellement améliorée par la formation ADBB/M-ADBB plus que par l'outil en lui-même pour le groupe 1.

4) Les freins à l'utilisation de l'échelle M-ADBB

A l'inverse, nous avons souhaité connaître ce qui s'oppose à l'utilisation de l'échelle M-ADBB.

A. Les freins selon le groupe 1

a. Aucun

Un médecin n'a trouvé aucun frein à l'utilisation de l'échelle M-ADBB :

"Aucun.

Aucun pour la M-ADBB, peut-être pour l'ADBB ?

L'ADBB, les freins, c'est peut-être le temps." (m5)

b. Le manque de temps

La quasi-totalité (10/13) des médecins ont cité le facteur temps comme obstacle à l'utilisation de cette échelle.

Tous les médecins qui n'utilisent pas l'échelle ADBB ni M-ADBB (4, 7 et 11) ont cité ce point négatif. Cela pourrait expliquer en partie cette non utilisation.

“A mon avis, inapplicable en pratique. Pour des raisons de temps. [...] Car soit vous le faites rapide et à ce moment-là, vous faites mal, ou vous filmez pas et on fait comme avant et on survole tout et c'est une impression au passage. Soit on prend le temps pour faire ça bien, mais c'est plus d'une heure. [...] Je ne connais pas quelqu'un dans le milieu libéral qui prenne 1h avec un bébé. [...] La durée moyenne de consultation d'un médecin généraliste en France, je crois que c'est 5-6min. [...] Et on vous balance un outil qui, si on veut l'utiliser, demande, minimum 3/4 d'heure. [...] C'est juste pas possible.”

Ok, et même avec une M-ADBB ?

Alors, je parlais de... C'est vrai que la M-ADBB est plus facile, plus digeste, elle est plus logique, elle a plus peut être de raison d'être. Vous avez raison. Oui, oui c'est plus facile à faire. C'est probablement pour ça que les anglo-saxons, les australiens l'utilisent. Oui, je pense que la M-ADBB est un début de solution par rapport aux critiques que je viens de vous donner.” (m4)

“Par contre c'est chronophage.” (m7)

“Le temps, ça c'est clair.” (m11)

Le médecin n°10, qui n'a pas d'usage de l'échelle M-ADBB mais réalise parfois des cotations ADBB, a également mentionné le temps comme frein.

Parmi les médecins qui utilisent l'échelle M-ADBB, six sur neuf, considèrent que cet outil est chronophage :

“Un frein oui c'est que ça demande quand même un peu plus de temps car on a déjà beaucoup de choses à voir au moment de la consultation.” (m1)

“Le manque de temps. Là, on est chronophage. Ça veut dire le faire revenir une autre fois, s'organiser différemment.” (m2)

“Les freins, c'est voilà, le temps.” (m12)

“Faire l'échelle dans son intégralité et avec rigueur c'est chronophage.” (m8)

Nous verrons par la suite que cette contrainte temporelle est en partie liée au recours à la vidéo pour la cotation (systématique pour les médecins 2, 3, 12 et 13). Toutefois, ce n'est pas le seul élément responsable, en effet, parmi les trois praticiens qui ne s'appuient pas nécessairement sur la vidéo, deux (1 et 8) ont cité la contrainte temporelle, le troisième est le n°5 qui ne voit pas de frein.

Le médecin n°6 n'a pas cité la contrainte temporelle, plutôt une contrainte technique relative à la vidéo, qui par extension pourrait avoir une répercussion temporelle.

Enfin, le médecin n°9 n'a pas cité le facteur temps, car celui-ci utilise sa connaissance de l'échelle M-ADBB pour lire et comprendre les cotations de son équipe.

c. Un contexte inadapté

- Le mode d'exercice

Le mode d'exercice de certains médecins n'est pas propice à l'usage de l'échelle M-ADBB.

● Médecin de crèche :

“Mon mode d'exercice en fait. Si j'observe quelque chose, c'est difficile de dire "j'aimerais vous revoir dans 15 jours", je ne suis pas le médecin traitant. [...] Je n'ai pas le droit de prescription. Donc en fait, à chaque fois, je dois repasser par l'équipe, par les parents, pour demander, par exemple des examens complémentaires s'il y en avait, mais il faut l'adhésion des parents aussi. Et comme je ne suis pas médecin traitant, c'est difficile, parce que parfois je vois des choses que les médecins traitants ne voient pas.” (m7)

C'est principalement pourquoi ce médecin n'utilise pas l'échelle.

● Chef de service de PMI :

“Dans ma pratique c'est que je ne suis pas assez sur le terrain ! [...] J'ai pas vraiment de frein, voilà à part dans ma pratique personnelle, le fait de ne pas voir des enfants tout le temps.” (m9)

● En libéral : la faible valorisation de la consultation pédiatrique :

Un médecin de PMI évoque pour ses confrères libéraux, le manque de valorisation financière de la consultation pédiatrique. Cela pourrait être un frein pour eux à s'accorder un temps supplémentaire.

“Au niveau des cotations de médecine générale, les examens obligatoires chez l'enfant, la cotation est un peu supérieure ? 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois ? Mais c'est vrai, que 9ème mois et 24ème mois ça fait un peu tard quand même, si vraiment il y a un retrait relationnel précoce.” (m1)

- Les conditions de consultation

● L'inconfort de l'enfant :

Tout état de maladie, faim, sommeil ne permet pas une évaluation correcte du retrait relationnel, ainsi il est fréquent que l'enfant ne soit pas en condition lors de la consultation :

“C'est vrai que c'est compliqué car il suffit que l'enfant ait faim... C'est ça qui est un peu difficile, il faut être dans les bonnes conditions quoi.” (m12)

● La crise sanitaire liée au covid 19 :

Les conditions sanitaires liées à l'épidémie de covid 19 ont impacté le système de santé par de nombreux aspects et notamment par la réorganisation du réseau de soins et par des mesures d'hygiènes renforcées empiétant sur le temps de consultation.

"Il y a eu toute cette période où on a été, on a fonctionné un peu différemment à cause du confinement, de janvier à juin on a été complètement déssectorisé, on recevait des enfants tout venant et pas forcément de notre secteur, on les revoyait pas forcément, enfin c'était un peu particulier comme pratique. Là on revient un petit peu sur nos habitudes de travail, même si actuellement on est en sous-effectif, donc c'est un peu compliqué." (m10)

"Là on a été un peu interrompu, tu vois, le covid c'est les consult, elles sont rapides, on a peut-être moins le temps... On devrait... y revenir!" (m13)

d. Les parents

Deux médecins expliquent être incommodés vis-à-vis des explications à donner aux parents par rapport à l'utilisation de l'outil :

"Expliquer aux parents. Des fois il y a la barrière de la langue, c'est compliqué d'expliquer avec la barrière de la langue mais en plus leur expliquer ce genre de chose là : l'enfant ne vous regarde pas ou ne me regarde pas, tourne la tête, etc... C'est mettre à mal leurs compétences parentales et en PMI c'est délicat. J'ai pas encore la maturité professionnelle d'aborder les choses de manière la plus délicate possible." (m2)

"Si je constate quelque chose, si j'ai des clignotants qui vont s'allumer pour un enfant donné. Il est vrai que, la première fois, je vais plutôt le garder pour moi. Et je vais pas forcément tout de suite en faire part à la maman, parce que je trouve quand même que les mamans s'inquiètent, et ça peut aussi accentuer la situation, ça peut accentuer l'inquiétude de la maman. Et, en revanche, je vais donner des conseils à la maman. [...] Il m'est arrivé, pour des enfants plus grands, d'avoir des inquiétudes. [...] et j'ai tenté de l'exprimer à la maman, d'orienter vers le CMP enfant, quelque chose comme ça, et pouf, elle s'est fermée, bloquée complet ! Donc, ça reste très compliqué, de dire à un parent, qu'on est inquiet pour leur enfant." (m11)

Ce dernier médecin n'utilise pas l'échelle M-ADBB, cet obstacle des parents peut être à considérer comme une limite rédhibitoire.

e. Une subjectivité persistante

- "Fausse réassurance"

Le médecin 4 n'utilise pas l'échelle M-ADBB notamment car il considère que cet outil ne permet pas d'enrayer la subjectivité.

"Et je pense que c'est très difficile une échelle si vous voulez, car c'est le graal, vous cochez des cases et puis vous arrivez à un diagnostic et ça traduit en fin de compte l'incertitude du médecin par rapport au diagnostic. Et le gros problème, ce type d'échelle voudrait vous faire croire que vous ne prenez pas de risque, mais ça ne réduit pas, pour moi, le risque d'erreur. [...] Donc c'est une fausse réassurance. [...] Et d'ailleurs, on a du mal à trouver un consensus avec mes collègues médecins de PMI, sur tel ou tel cas." (m4)

- **Nécessité de croiser les scores avec un ou plusieurs collègues**

Bien que de nombreux médecins aient souligné que l'échelle M-ADBB apportait de l'objectivité dans leur analyse clinique, d'autres (1, 2 et 3), parfois les mêmes, expliquent aussi qu'une part de subjectivité persiste. Certains, afin de la corriger, font appel à l'évaluation concomitante d'un collègue. Un frein pour l'application de l'échelle est donc de dépendre de la disponibilité d'un collègue.

“Je pense quand même que c'est bon d'être à deux, j'ai la chance de travailler avec une puéricultrice, de croiser nos scores. Un peu comme on avait fait à la formation, les scores individuels qu'on avait donnés n'étaient pas toujours à peu près les mêmes que le groupe, c'est quand même des fois des signes un peu subjectifs.” (m1)

“Je pense que ça ne se fait pas tout seul. C'est à dire que moi je peux faire toute seule mais il faut que je le mette en commun avec une autre personne, une puéricultrice qui a fait la formation et qui connaît l'enfant, avec quelqu'un qui connaît aussi l'enfant.” (m2)

f. La vidéo

Le recours à la vidéo pour utiliser l'échelle M-ADBB étant facultatif, nous avons choisis de regrouper tous les freins en lien avec la vidéo dans une section particulière.

Les médecins qui ont systématiquement recours à la vidéo (2, 3, 6, 12, 13) ont tous exprimé des freins en lien avec celle-ci lors de l'utilisation de la M-ADBB.

De plus, tous les médecins n'utilisant pas l'échelle (4, 7, 10 et 11) ont aussi cité la vidéo comme obstacle.

- **Chronophage**

La réalisation de la vidéo et son visionnage demandent un temps non négligeable.

“On n'a pas le temps de filmer, c'est ça qui est dommage. [...] Ce qu'il y a c'est qu'il faut un film long. C'est ça, il faut 8 min. [...] On n'a pas forcément la présence d'esprit de le filmer tout de suite. Il faut prévenir les parents, voilà ce n'est pas simple.” (m12)

“C'est chronophage. C'est prendre le temps de regarder le film.” (m3)

- **Difficultés vis-à-vis des parents**

L'usage de la vidéo nécessite une explication préalable aux parents, puis le recueil de leur consentement, cela rend les choses complexes voire dans certaines situations impossibles. De plus, cela peut aussi être perçu comme intrusif. (cf : médecins 2, 3, 6, 7, 10)

“Quand j'ai filmé, je pense que j'ai pas été dans les clous, les parents étaient pas là de toute façon. Donc ça s'est fait de façon un peu plus informelle. C'est pas top normalement il aurait fallu l'autorisation des parents pour filmer l'enfant.” (m6)

“Ne pas pouvoir filmer. [...] Je n'ai pas le droit. Ou alors il faudrait que je demande à chaque fois, à chaque nouveau parent, l'autorisation de filmer son enfant et lors d'un premier contact dans une arrivée en crèche et bien ce n'est pas du tout adapté.” (m7)

“Parce qu'en plus il faut expliquer, il y a cette feuille à faire signer, l'autorisation... Et puis, bon, moi je suis pas, peut-être pas encore la génération vidéo, voilà, je la fais avec mon téléphone portable moi la vidéo, et l'air de rien, voilà, je trouve ce côté, enfin moi c'est comme ça que je le ressens, après c'est probablement à tort, mais je trouve que le côté vidéo comme ça, ça peut être perçu comme intrusif. Et du coup, ça j'ai encore du mal à expliquer cette vidéo...” (m10)

“Le fait de devoir filmer. [...] De se retrouver face à un refus en fait des parents. [...]”

Est-ce que avec l'échelle M-ADBB on pourrait imaginer l'utiliser sans vidéo, juste en aide à l'observation d'un nourrisson, dans la tête ?

Oui je pense. Là on enlève le problème des parents, du film... Oui tout à fait, du film, de l'autorisation et de cette anxiété qu'ils ont d'un mois sur l'autre s'il faut le revoir le mois d'après pour confirmer ou infirmer, oui, oui. [...] Mais] Le fait de faire la vidéo et de pouvoir regarder ça ensuite dans un deuxième temps, je suis d'accord que c'est beaucoup plus pertinent, beaucoup plus précis. Là-dessus il n'y a pas de doute, oui, c'est clair. Mais je savais déjà en faisant la formation que moi le fait de faire une vidéo, ce serait un frein pour moi.” (m11)

“Le père n'a pas voulu qu'on filme son gamin quoi. Bon ça c'est un peu un échec, une fois.” (m13)

- Nécessité d'être accompagné d'un collègue formé

“Après l'idéal serait bien sûr de filmer. Mais mes collègues puéricultrices ne sont pas toutes formées, notamment celle qui est en binôme avec moi.” (m2)

- Recours complexe aux outils numériques

L'usage de la vidéo nécessite une maîtrise des outils numériques qui est complexe (cf : 6 et 13).

“Le plus compliqué c'est plus toute la logistique autour. [...] Il faut pouvoir enregistrer, filmer l'enfant pendant 5 min, il faut avoir des collègues avec qui transmettre... Alors, là où moi j'ai galéré ça a été de télécharger, c'est con hein, la vidéo sur l'ordinateur pour ensuite pouvoir la transférer par mail, c'était trop gros, il a fallu utiliser Wetransfer... Il faut demander l'autorisation aux parents, c'est... voilà. [...] Si c'était à refaire je le referais avec mon téléphone perso déjà, pour commencer. La prochaine fois que je le fais je le fais avec mon téléphone perso, ça c'est sûr ! Parce que je le connais mieux et je gèrerais mieux la vidéo. Bon, ça c'est le premier frein.” (m6)

- Porte ouverte à l'intelligence artificielle

M4, qui n'utilise pas l'échelle, souligne qu'une dérive de l'utilisation de la vidéo serait d'aboutir à la disparition de la clinique qui serait remplacée par l'intelligence artificielle.

“Ce qui m'a en fait embêté, vous ne m'avez pas posé la question, c'est le côté vidéo. [...] Parce qu'il n'y a plus besoin de médecin en fait, c'est évident. C'est à dire que il y a l'intelligence artificielle, c'est à dire que, la vidéo, après vous mettez des logiciels, des algorithmes, l'ADBB c'est le lien, c'est évident. Alors est ce que c'est bien, est ce que c'est mal ? Je ne sais pas. Je pense que c'est pas forcément bien, voilà. Que c'est pas une bonne

chose que le praticien soit remplacé par l'intelligence artificielle." (m4)

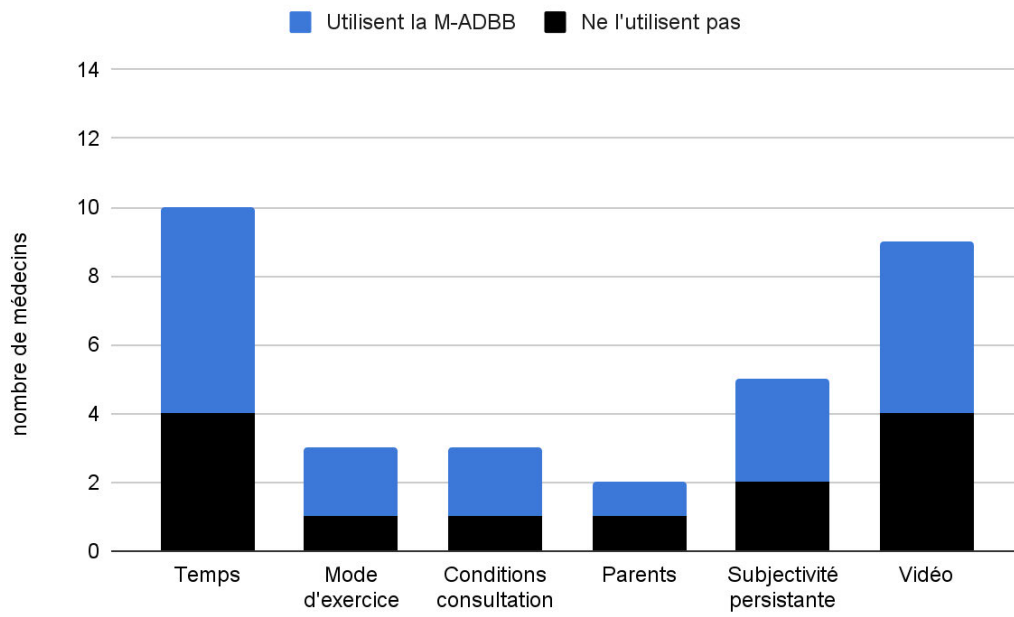


Figure 23.: les freins liés à l'utilisation de l'échelle M-ADBB perçus par le groupe 1

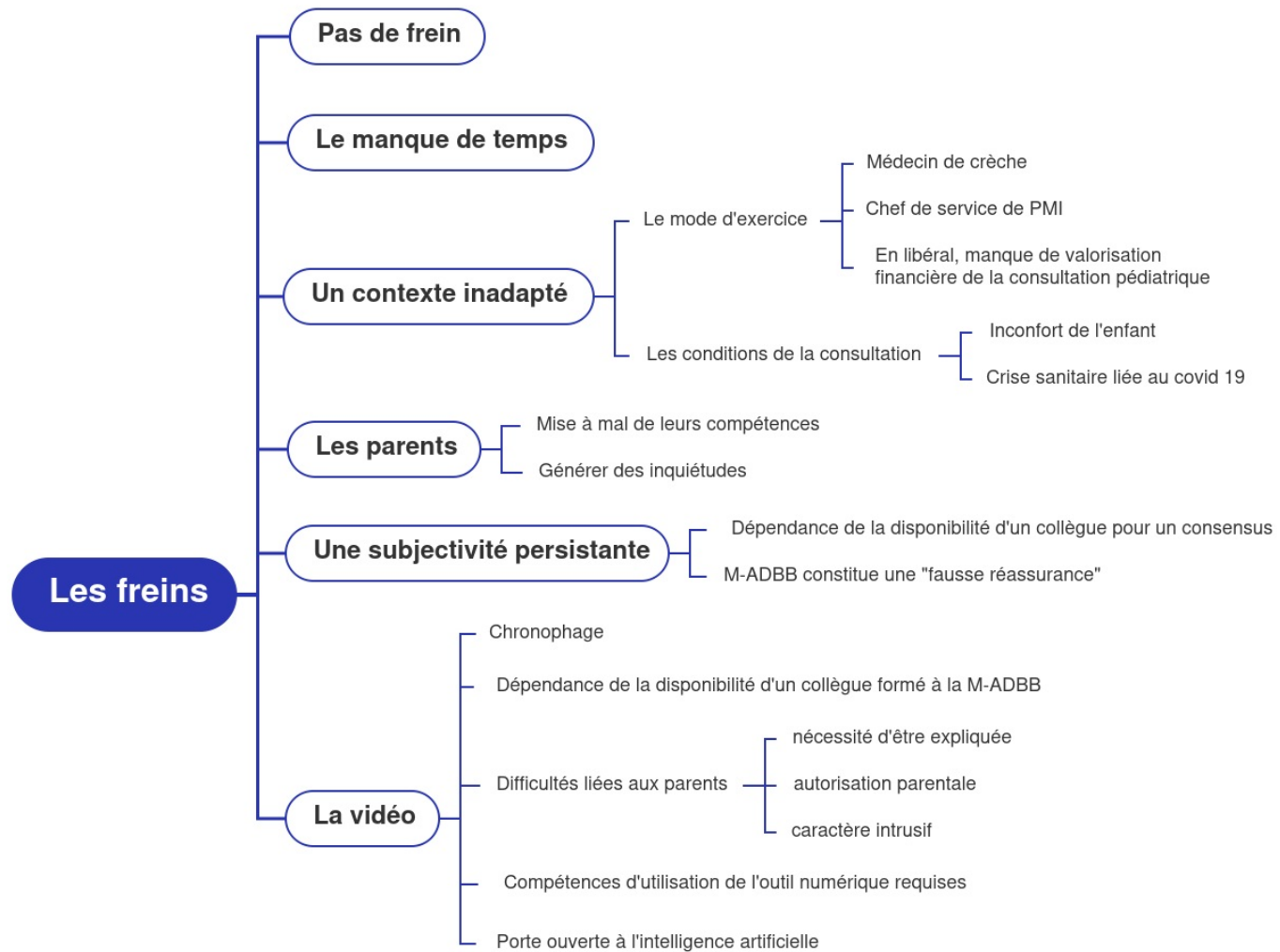


Figure 24 : Les freins à l'utilisation de l'échelle M-ADBB du point de vue du groupe 1

B. Les freins selon le groupe 2

a. Aucun

Deux médecins (E et G) ne trouvent aucun facteur contraignant l'usage de l'échelle M-ADBB.

“J’ai pas eu de frein particulier, non, non, non.” (mG)

Les médecins D, H et N ont spontanément répondu qu’il n’y a pas de frein, car c’est une observation qu’ils ont déjà et qui doit être menée. Néanmoins on retrouve dans leurs paroles quelques limites :

b. Manque de temps

- Propre à l’échelle

• Temps de scorer

“Prendre du temps pour coter réellement au sein de la consultation quoi.” (mN)

• Temps de consigner le résultat

“C’est plutôt dans la capacité à le consigner, voilà, à en garder une trace. Et ça, c’est plutôt le temps qui manque, c’est garder la trace de ce qu’on a écrit, mais c’est pas que pour cette échelle. C’est vrai que pourtant c’est important de garder une trace parce que d’une fois sur l’autre on va pas se souvenir précisément de ce qu’on a observé. Donc c’est important, ça nous incite un peu à l’exigence de la mémoire et de la trace. Mais c’est vrai que ça nous demande aussi du temps, voilà.” (mH)

- Propre aux conditions de consultations

• Selon le temps prédéfini de consultation :

Le médecin A, est remplaçant et s’adapte donc aux différentes organisations des médecins qu’il remplace. Parfois le temps de consultation peut être trop court pour s’attarder à faire une M-ADBB.

“Des cabinets où pour la pédiatrie ils mettent pas automatiquement des créneaux d’une demi-heure, bah comme on a l’impression de courir un peu derrière le temps, il y a des fois où je me dis “là j’ai pas le temps”. Mais c’est plus lié à l’organisation du cabinet qu’à l’échelle en elle-même quoi.” (mA)

Pour certains médecins (D, E et G), leur temps de consultation étant long (entre 25 et 40 min), le temps, ne constitue pas un obstacle :

“Ça ne vous a pas paru chronophage ? Car il y a beaucoup de gens qui me disent ça.

Eeuh, beh non parce que moi je trouve que ça s’intègre. Non, ça a dû prendre 1 minute de plus je pense. [...] avec la nuance peut être aussi que moi j’ai une consult à 40 minutes. [...] Parce que c’est sûr que si mes collègues ils font des consult à 15 minutes, il faut tout rentrer dedans et en plus être vigilants à certains items, ouais c’est peut-être chronophage car ça va leur prendre 10% de leur temps d’examen.” (mE)

“Vous disiez peut-être 5 minutes de plus, mais ça vous pose pas de problème ?

Ah, oui, non, ça me pose pas de problème. Moi j'accorde... Les RDV, on les donne toutes les 25 minutes ici. Donc c'est honnête quand même comme temps de rencontre avec la famille avec l'enfant, donc ça permet tout ça.” (mG)

- **Présence d'autres facteurs chronophages :**

“Le temps. Ahahah, c'est ça le problème. Parce que, bon, j'ai une grosse patientèle, je suis souvent dérangé, au téléphone, etc. [...] souvent, c'est pas le motif de consultation [...] j'ai pas le temps de tout traiter.” (mB)

“Il y a des freins propres à soi, des freins personnels, c'est à dire que si on est en retard dans notre consult, si il y a des vaccins à faire, s'il y a pleins de problématiques à aborder, etc. C'est vrai que je vais pas passer 10 minutes à observer l'enfant. [...] Ou que la mère est pressée aussi, ça peut être la maman qui doit aller récupérer les enfants à l'école dans 10 minutes...” (mJ)

- **Le temps n'est pas un problème absolu**

Selon plusieurs médecins libéraux, la problématique temporelle n'est finalement pas absolue. D'une part, l'échelle semble surtout chronophage au début, lorsqu'on en n'a pas encore une grande pratique. Et si cela leur semble nécessaire, les praticiens prennent le temps qu'il faut, quitte à revoir l'enfant sur une autre consultation.

“Mais c'était surtout au début, les premières fois. Parce qu'après une fois que l'échelle elle est rentrée, après c'est plus un problème [référence au temps].” (mA)

“Euh, non, pas de frein particulier. Si ce n'est parfois le temps, ahah ! Après bon, il faut quand même parfois prendre cinq minutes pour le faire.” (mC)

“Donc, il faut que je prenne un plus de temps. Et quand il faut le faire, je le fais. [...] je re-convoque.” (mB)

Ce médecin dira par la suite que le format de cet outil semble être le plus optimal pour la pratique du généraliste contraint par le temps (cf : 5- Applicabilité).

Par ailleurs, on remarque que les trois médecins de ce groupe qui n'utilisent pas l'échelle (K, L et M), n'ont pas cité le problème de temps.

c. L'état de l'enfant

- **Faim, sommeil, maladie aiguë**

L'échelle M-ADBB ne pouvant s'utiliser dans ces conditions qui sont fréquemment rencontrées chez l'enfant, cela constitue un frein évident et immuable.

“Les freins sont les questions pratico-pratique j'allais dire, effectivement, si l'enfant est pas en bonnes conditions quoi. Il y a des choses qui parasitent un peu l'observation.” (mF)

“Quand l’enfant est pas bien, quand l’enfant n’est pas dispo quoi. Donc ça s’est présenté. Ça s’est présenté, d’enfants qui avaient faim, d’enfants qui pleuraient, donc là j’ai même pas essayé.” (mI)

- La peur de l’étranger

Il est parfois difficile de réaliser une évaluation M-ADBB lorsqu’un enfant présente une réaction de “peur de l’étranger” intense, et de discerner cette réaction normale à certains âges d’un retrait relationnel :

“Un enfant qui a peur de l’inconnu, qui me craint un peu ça me paraît normal une fois ou deux, mais des fois c’est des crises, c’est tellement envahissant que je me pose la question si c’est pas un retrait relationnel justement. Et donc voilà, je me pose la question, “est ce que c’est avec tout le monde ? Est-ce que c’est avec moi ?”. Mais c’est vrai que c’est intéressant de voir, d’avoir plus, peut être regard aussi sur... L’enfant avec moi, je peux pas l’approcher, il se cache dans les bras de sa mère, il me repousse, il hurle, je l’ai jamais vu sourire, je l’entends pas parler, je l’entends pas communiquer... Ouais c’est une forme de retrait aussi. Est-ce que c’est parce qu’il a peur ou est-ce que c’est avec d’autres personnes ? Ça je sais pas.” (mJ)

Cela fait écho aux difficultés d’apprentissage perçues rapportées précédemment, et notamment aux difficultés relatives à l’évaluation de certains items.

d. Un outil peu connu

Deux médecins, dont un qui n’utilise pas l’échelle, soulignent que cet outil est peu connu par le réseau de professionnels de santé et cela limite sa pertinence.

“En fait moi ce qui me gêne c’est si je dis “score à 2 M-ADBB” et que la personne qui reçoit mon courrier elle sait pas ce que c’est la M-ADBB ça lui parlera pas ! Alors que si dans mon courrier, je dis “j’ai pas de contact visuel, j’ai un enfant qui a un regard fuyant, j’ai un enfant qui a un visage impassible, qui vocalise pas et qui a pas d’attention conjointe. Je reprends les éléments de l’échelle mais j’ai écrit, donc quelque soit la personne qui reçoit mon courrier, même si elle est pas formée à l’échelle, elle a les éléments de mon observation. Donc c’était plus ça le frein. C’est de pouvoir décrire ce qu’on observe et de pas pouvoir donner un score d’une échelle que quelqu’un ne connaîtrait pas.” (mM)

“Alors dans le cadre d’une généralisation de ce type d’échelle, je pense que ça peut être intéressant, si après, dans l’orientation ou la prise en charge on a des partenaires qui parlent de la même chose quoi. Après si ça parle à personne, je sais pas dans quelle mesure ça peut être...” (mN)

e. L’absence de nécessité

- Tant que la situation ne se présente pas

“Non, il y en a pas parce qu’elle est simple à utiliser. Non c’est plus que j’en ai pas forcément ressenti le besoin.” (mD)

- **Inutile lorsqu'on a une expérience clinique pédiatrique suffisante**

Nous l'avons vu précédemment, les médecins K, L et M n'utilisent pas l'échelle M-ADBB dans leur pratique clinique, car celle-ci ne leur apporte rien de plus.

"Pour moi ça n'a pas du tout d'intérêt, c'est pas plus que ce que je savais." (mK)

"Mais là avec les formations passées et le nombre de nourrissons qui me sont passés entre les mains, du coup, c'est vrai que j'en n'ai pas retrouvé une utilité... [...] C'est plutôt l'expérience qui fait que. C'est pas vraiment un frein ! Ne pas percevoir la pertinence de l'utilisation." (mL)

"Parce que c'est presque trop simplifié ! [...] C'est une partie de mes connaissances, je dirais que j'en ai d'autres en plus, voyez." (mM)

- **Un outil de trop ?**

"C'est multiplier les outils en fait" (mM)

f. La perception des parents n'est pas une difficulté

A l'inverse du groupe 1, qui pouvait être peu à l'aise pour réaliser l'échelle vis à vis des parents, de peur qu'ils se sentent remis en cause dans leurs compétences ou de les inquiéter ; le groupe 2 n'a pas du tout relevé cette contrainte.

- **Soit parce qu'ils la présentent sans appréhension (B, E et G)**

"Je leur ai toujours dit en fait "voilà j'ai un nouvel outil, je leur ai montré et aujourd'hui on va prendre un peu plus de temps pour voir le contact visuel..." Voilà essayer de leur expliquer.

D'accord, donc les parents ne sont pas, en tout cas, un frein ?

Ah, non, non, non, non, non, non, non." (mG)

- **Soit ils prennent certaines précautions pour le présenter (A et F)**

"Après, j'ai quand même sorti le papier, mais je faisais quand même attention pour pas qu'elle le prenne comme une "évaluation". (mA)

- **Soit parce qu'ils n'en font pas mention auprès d'eux
et / ou ils réalisent l'échelle dans un second temps (H, I, J et N)**

"Ça m'est arrivé de dire avec la stagiaire que je faisais passer l'échelle, mais sinon, je le fais sans le signaler forcément aux parents, parce que... Pour plusieurs raisons, parce que je trouve que c'est anxiogène pour les parents et, deuxièmement, parce que c'est compliqué à expliquer. Et que moi j'ai affaire à des parents, souvent, déjà expliquer les choses principales, c'est déjà compliqué. Je préfère me focaliser sur les choses qui sont de leur parti, plutôt que de leur expliquer ce que je fais d'un point de vue technique." (mH)

"Je cote pas forcément devant les parents, je vais plutôt coter après, une fois que les parents sont sortis." (mN)

g. Précisions concernant certains profils

- **Activité de médecin de crèche :**

Le médecin E n'a pas évoqué d'obstacle à l'usage de l'échelle M-ADBB dans son exercice en crèche. A l'inverse, il s'agissait d'une limitation majeure pour son homologue du premier groupe (m7).

- **Activité de médecin remplaçant :**

Il a été demandé au médecin A si le fait de ne pas pouvoir effectuer un réévaluation des enfants apparaissant en retrait après une première évaluation constituait un problème :

“Euh, pas trop, parce que, ce que j'ai trouvé le plus intéressant c'est que ça permet de valider ou de ne pas valider le ressenti. Après en pratique, 15 jours je trouve c'est un peu délicat au cabinet, de revoir un enfant, si on le revoit pas pour autre chose...” (mA)

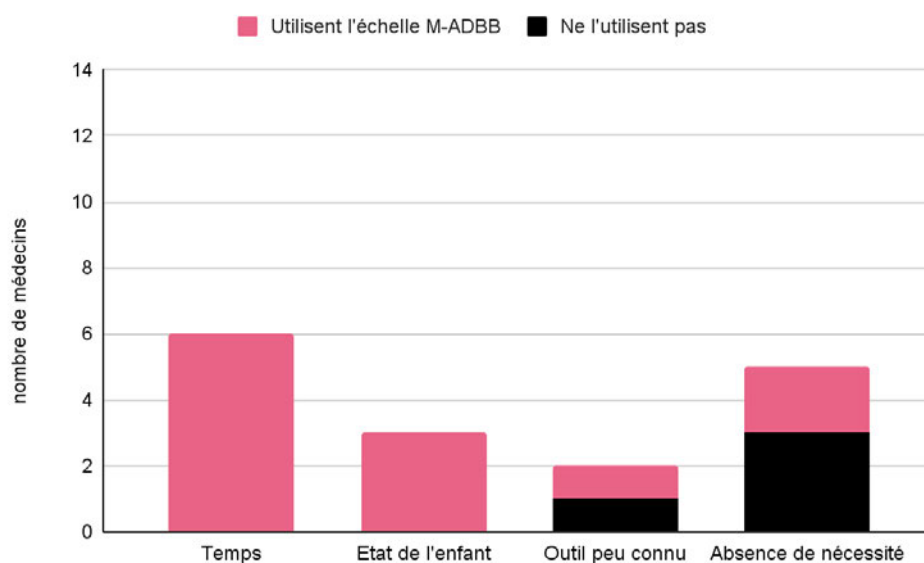


Figure 25 : freins à l'utilisation de l'échelle M-ADBB cités par le groupe 2

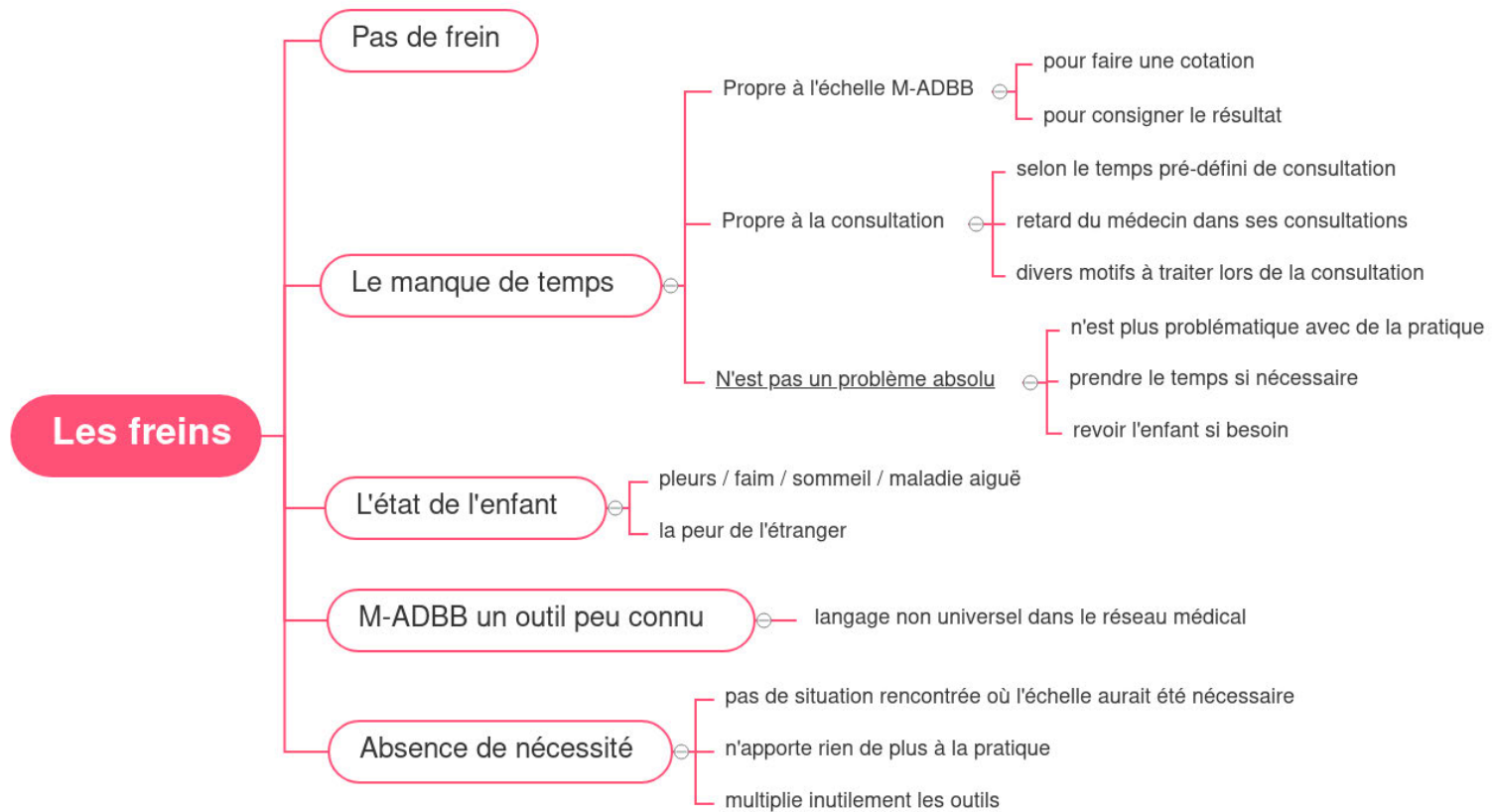
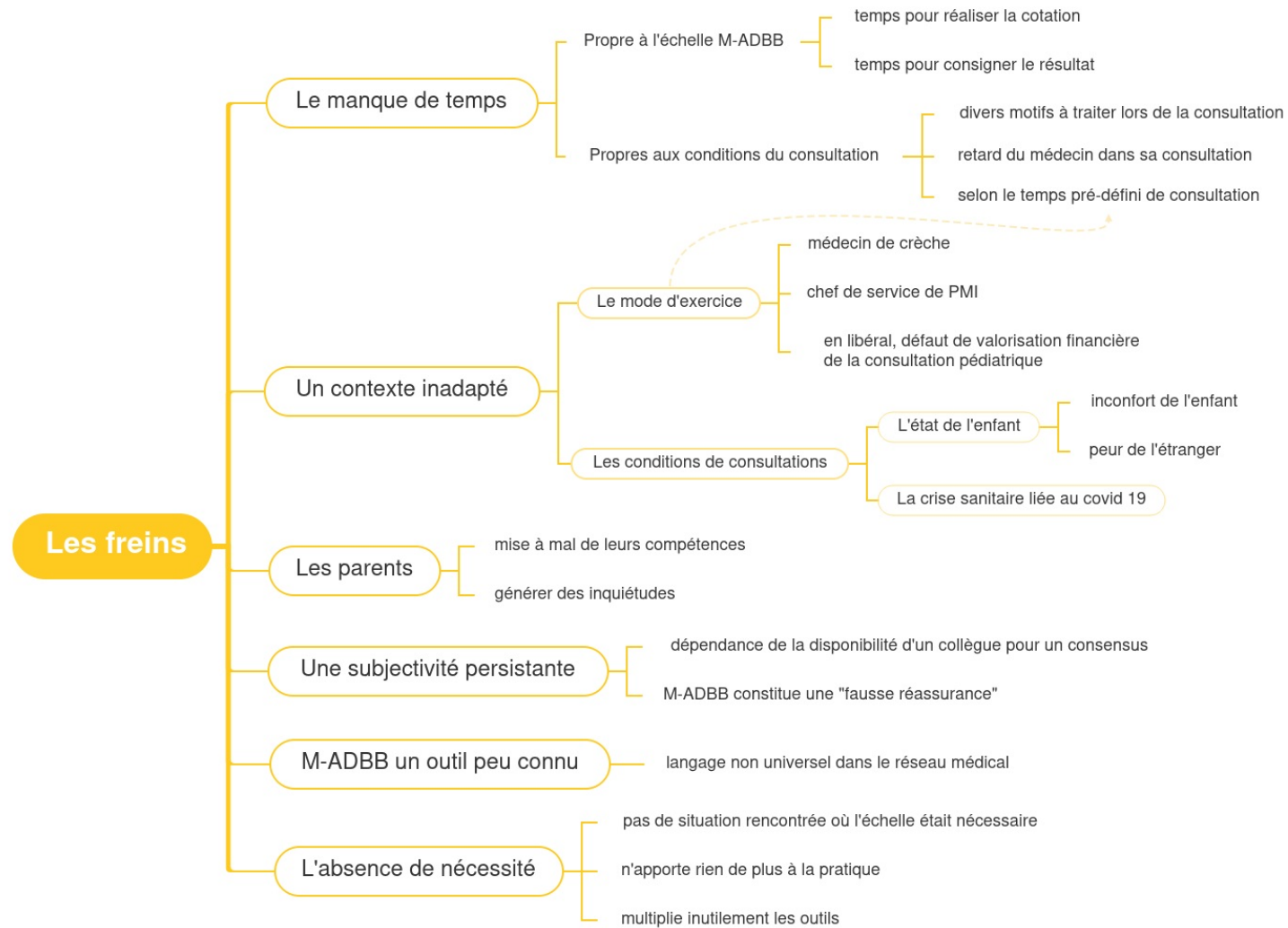


Figure 26 : Les freins à l'utilisation de l'échelle M-ADBB selon les médecins du groupe 2

C. Les freins potentiels selon l'ensemble des médecins interrogés



5. L'applicabilité de l'échelle M-ADBB par les généralistes en soins primaires

A. L'applicabilité selon le groupe 1

a. Non applicable

Un médecin juge que l'échelle M-ADBB n'est ni utile, ni applicable quoi qu'il en soit.

"Malheureusement non, voilà." (m4)

b. Applicable selon le profil du médecin

- Adapté en PMI

En PMI, la plupart des médecins, ainsi que le médecin de crèche (n°7), estiment que la M-ADBB est un outil applicable dans ce cadre professionnel là, le réseau de professionnels médical et paramédical étant d'autant plus opportun pour cela.

Les médecins 5, 9 et 12 n'en n'ont pas fait explicitement mention, mais n'ont pas exprimé l'idée contraire ; et ils appliquent l'échelle dans leur pratique de PMI.

"En PMI : Très utile" (m8)

"En PMI c'est archi pertinent, ça c'est certain. [...] En PMI, on a l'avantage d'avoir un réseau de collègues facilement accessibles, on se voit au bureau en tout cas à X, on est plusieurs médecins sur le site, c'est facile d'échanger. Le coter, faire une vidéo et échanger est facilité par la structure dans laquelle je travaille à l'heure actuelle. Je l'utilise très rarement, mais, si j'en ai besoin, je l'utiliserais il n'y a pas de problème." (m6)

"Et, pour les médecins de PMI, ça vous semble important à avoir comme outil ?

Ah oui, ouais. Et après c'est vrai que là du coup, sur le centre mère-enfant ça les a intéressés aussi. Alors après dans ce centre il n'y a pas que des professionnels de santé. Il y a des auxiliaires de puériculture, il y a une puéricultrice, il y a un éducateur, enfin une éducatrice. Il n'y a pas que des professionnels de santé mais du coup ça les intéressait aussi." (m10)

- Éventuellement adapté en médecine générale libérale

Rappelons que les médecins interrogés sont tous généralistes de formation mais exercent tous en PMI, une structure exclusivement consacrée au suivi des enfants de 0 à 6 ans. Certains d'entre eux ont eu une activité en cabinet libéral au cours de leur carrière.

- **Pour tous :**

Les médecins 11, 12 et 13 considèrent que cette échelle peut être utile quelle que soit la pratique du médecin généraliste, ne serait-ce que dans un but de sensibilisation.

“Il me semble que oui. Mais j’ai fait de la médecine générale, je sais que ce n’est pas toujours facile quoi. Mais, ils peuvent être alertés quand même par certains items, dans tous les cas. Même s’ils font pas toute la... Après c’est assez facile quand même. Là, si on l’a appliqué, vous voyez, à la limite, ils peuvent se mettre un petit post it et le faire assez rapidement. Je pense que c’est vite fait.” (m12)

“Même si un médecin n’en voit pas beaucoup, il peut quand même tomber sur un enfant qui est en potentiel retrait. Donc, quoi qu’il en soit, sensibiliser le médecin au moins au comportement, au relationnel de l’enfant, d’après moi, c’est primordial.” (m11)

- **Si le praticien fait du suivi pédiatrique :**

La plupart des médecins estiment que cet outil est plutôt utilisable pour les généralistes qui ont l’habitude de voir des nourrissons et de faire du suivi du développement en dehors des consultations pour maladie aiguë.

“En médecine générale, oui aussi, si c’est un médecin qui fait vraiment du suivi pédiatrique. Ça dépend de l’exercice pédiatrique du médecin. Il y a des médecins généralistes qui sont très pertinents et très performants sur l’observation des bébés. Il y en a d’autres qui vont être plus sur les vaccinations, l’examen somatique, et peut être un peu moins pertinent sur l’examen psychomoteur. Sans jugement. Tout dépend de la pratique et du temps passé, et du contexte dans lequel tu vois l’enfant. Car c’est vrai que si tu vois l’enfant avec une otite et qu’il a 40 de fièvre, c’est pas le moment de faire ce genre de chose car ce ne sera pas du tout pertinent. Donc tout dépend du contexte dans lequel tu vois l’enfant. Si vraiment tu fais une visite médicale, que ce soit par un généraliste ou un pédiatre pour suivre le développement de l’enfant, là oui c’est pertinent. Maintenant si c’est juste pour mettre un coup de stétho, le peser, le mesurer et faire les vaccins, ça me semble insuffisant en temps de consultation et d’observation surtout.” (m1)

“Il faut que ce soit un médecin généraliste qui voit quand même régulièrement des enfants pour avoir aussi en tête un certain nombre de panel d’enfants pour voir aussi quand ça sort de l’habituel. [...] Mais c’est tout à fait accessible en cabinet de ville, oui je pense. Après moi je pense que tout est accessible au cabinet de ville, tout dépend du praticien et de l’organisation qu’il veut y voir.” (m6)

“Pour les médecins généralistes qui voient beaucoup d’enfants, qui ont une pratique orientée pédiatrique, sans doute. [...] Si les enfants sont une minorité de la patientèle, non.” (m9)

- **Aidant pour notamment pour ceux qui ne sont pas à l’aise :**

A l’inverse, un médecin considère que cet outil peut justement être utile pour les médecins qui manquent de repères en pédiatrie.

“Surtout en pédiatrie, il y a beaucoup de généralistes qui sont pas très à l’aise, et d’avoir un support comme ça, facilement utilisable, je pense que ça peut être très aidant.” (m5)

- **Difficilement applicable à cette pratique :**

Deux médecins (2 et 4) estiment que cette échelle ne se prête pas à l'exercice de la médecine générale libérale.

“J'exerce en PMI, j'ai un confort de consultation, de spécialisation dans le développement, qu'en cabinet il n'est pas possible à l'heure actuelle d'avoir. À moins d'aménager son temps, de le passer à se former. Déjà une consultation de développement, en cabinet de médecine générale, c'est compliqué, une vraie consult de développement. On n'a pas de puéricultrice, donc il faut passer tout ce qui est l'alimentation, le sommeil, la guidance parentale, plus l'examen de développement, rajouter derrière ça une ADBB il faut le revoir à part, faut se donner le temps, ça ne peut être fait sur une et même consultation, ça ne peut pas être fait sur un premier contact en cabinet de médecine libérale, pour avoir fait 18 mois de libéral.” (m2)

- **Pas adapté en crèche**

Le médecin de crèche (n°7) n'utilise pas l'échelle M-ADBB principalement dû fait de son mode d'exercice :

“L'impossibilité de pouvoir filmer. Et mon mode d'exercice en fait. Si j'observe quelque chose, c'est difficile de dire “j'aimerais vous revoir dans 15 jours”, je ne suis pas le médecin traitant.” (m7)

c. Pertinence de l'outil

- **Un outil de sensibilisation**

Quelques médecins (3, 10, 11 et 12) relèvent que l'échelle M-ADBB, même si elle n'est pas utilisée strictement, permet de sensibiliser à la problématique du retrait relationnel du nourrisson.

“Le seul intérêt c'est être sensibilisé à ça, être sensibilisé au retrait. [...] Vraiment, je trouve que c'est important que les médecins généralistes soient sensibilisés au retrait du bébé.” (m3)

“Ça pourrait être un moyen de sensibilisation.” (m10)

- **Un outil de prévention secondaire**

De part sa visée à repérer précocement le retrait relationnel, cette échelle a une action de prévention secondaire des troubles du neurodéveloppement :

“Ça permet de faire de la prévention.” (m8)

“Je pense que ce serait intéressant pour qu'on sorte un petit peu que de l'examen clinique. Un examen clinique répété tous les mois, je ne suis pas sûre que ça ait un grand intérêt. Alors que ça oui, dans le développement d'un tout petit oui, c'est excessivement important. Dans l'ordre, dans le sens où on fonctionne, non pas dans le soin, mais dans la prévention.” (m7)

- Un outil d'orientation diagnostique

Enfin, l'échelle M-ADBB permet aussi d'amorcer un processus de diagnostic :

“En pratique, je pense que c'est un bon outil d'orientation diagnostique.” (m6)

“Ca permettrait peut-être justement d'avoir un critère d'adressage, qui serait partagé et objectif. [...] Quand t'adresse, quand t'as des doutes, vers le CAMPS, le CMP, le CRA... Que t'adresse même à une kiné ped. C'est très important la M-ADBB quoi. [...] A diffuser quoi, ça c'est sûr ! ” (m13)

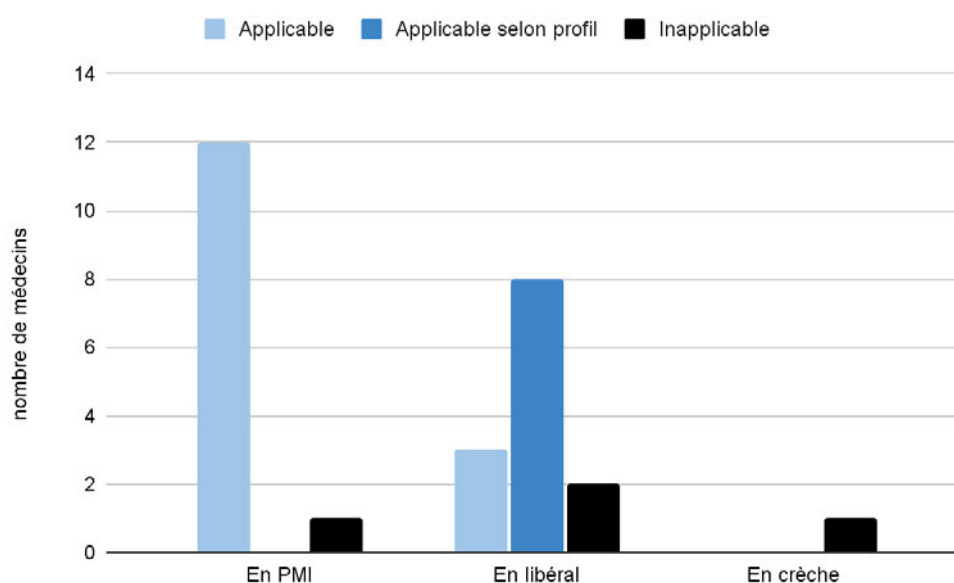


Figure 27 : Applicabilité de l'échelle M-ADBB selon le groupe 1

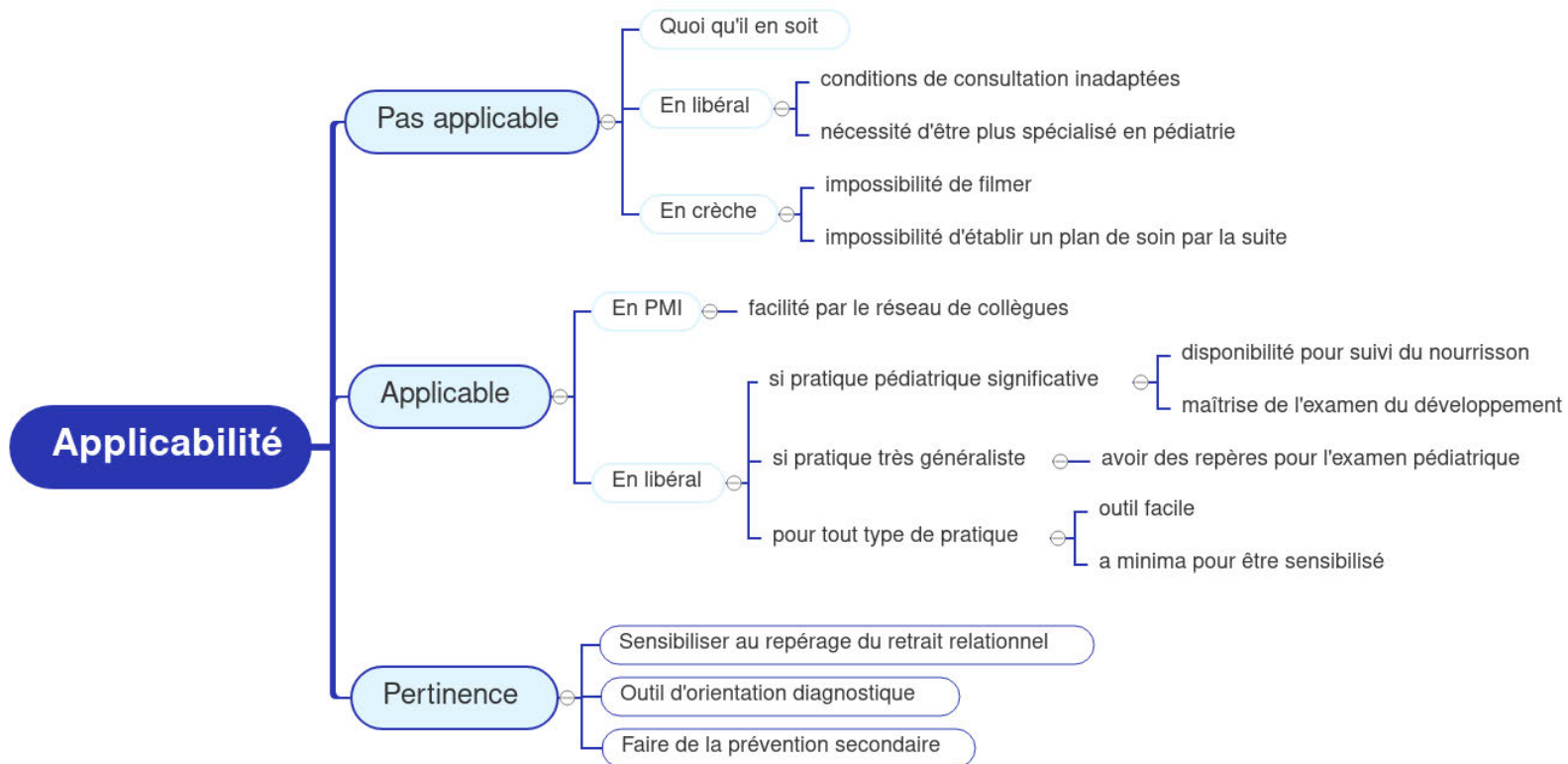


Figure 28.: Applicabilité de l'échelle M-ADBB par les médecins généralistes en soins primaires, selon le groupe 1

B. L'applicabilité selon le groupe 2

a. Un outil applicable, plus adapté à certaines situations

La majorité des médecins généralistes interrogés considèrent que l'échelle M-ADBB est facilement applicable en soins primaires, notamment car elle est facile à apprendre et à utiliser étant donné que les critères sont déjà connus, de plus c'est rapide et le mémo pour s'y référer est pratique.

“Oh bah, c'est parfait, c'est très bien ! Je pense que il faut pas un test plus long. Moins long je pense que ce serait pas juste, donc c'est pas mal, franchement c'est bien. Et puis c'est pas difficile à apprendre en plus !” (mH)

“Oui, parce que c'est quand même quelque chose de simple. Qu'une fois qu'on l'a passé plusieurs fois, voilà... Après c'est assez facile à appliquer, avec des thèmes bien spécifiques qui sont pas non plus trop nombreux. Oui, moi je pense que c'est tout à fait applicable en PMI et même en médecine générale quoi.” (mI)

“Ça peut être bien intéressant pour un médecin généraliste, parce que la forme est pratique, plus discrète, ils peuvent s'y référer facilement.” (mK)

L'échelle semble toutefois plus adaptée dans certaines situations :

- **En cabinet libéral**
- **Globalement applicable**

La plupart des médecins libéraux (A, B, C et E) considèrent que l'échelle est applicable dans leur pratique :

“Elle est très facilement applicable. Parce que tous les éléments sont faits, c'est juste que c'est pas coté en fait, c'est des choses qu'on regarde mais qu'on cote pas au sens de l'échelle en pratique, donc c'est très facilement réalisable.” (mA)

“Ce document que tu as mis, c'est assez synthétique, c'est assez facile d'application. Et puis bon, ça ne prend pas trop de temps.” (mC)

“Parce que c'est une échelle qui est facile ! Il y a que 5 items. Et ça s'intègre à l'observation de l'examen clinique.” (mE)

Ces médecins ont une activité pédiatrique occasionnelle à fréquente et ont entre 1 et 38 ans de carrière.

Le médecin libéral D (pratique pédiatrique exclusive et 17 ans de carrière), quant à elle, considère que l'échelle est adaptée plutôt dans le cas suivant :

- **En début de carrière**
ou pour ceux qui font peu de pédiatrie

Plusieurs médecins (D, F, K, L et N) relèvent que l'échelle permet de donner des repères aux médecins généralistes qui n'ont pas une grande habitude d'examiner des nourrissons.

“En début d'activité, pour les gens qui ont moins l'habitude, qui ne voient pas des bébés toute la journée, c'est très intéressant, à mon avis. Après pour les gens rompus à l'examen des nouveaux nés et des enfants, en PMI par exemple en PMI où ils font que ça, je pense qu'ils ont l'habitude aussi et que c'est intégré à leur pratique. Mais par contre voilà, pour des jeunes médecins ou des médecins qui font beaucoup d'adultes et peu d'enfant, je trouve que c'est très intéressant quoi.” (mD)

“Peut-être qu'en médecine générale c'est encore plus intéressant parce que, voilà, ils peuvent bien s'appuyer sur quelque chose. [...] En généraliste, les examens d'enfants se perdent au milieu de beaucoup de choses, d'autres choses.” (mF : PMI, libéral antérieurement)

“En médecine générale je pense que ça peut être intéressant d'avoir un support comme ça moi. Il me semble que ça m'aurait aidé, peut-être, quand on voit pas que des tout petits, à être attentifs à des items qui sont quand même importants quoi.” (mN)

- **À condition de s'intéresser au suivi pédiatrique** (G, J et K)

“Je pense qu'en médecine générale ça pourrait être intéressant aussi. Je pense que ce serait bien pour les médecins généralistes. [...] Pour ceux qui veulent vraiment faire de la “pédiatrie”. (mG)

“Après arriver à les [médecins généralistes libéraux] capter, les intéresser, c'est pas évident, c'est pas gagné.” (mK)

- **A condition de savoir que faire ensuite**

Un médecin exerçant en PMI souligne que cet outil ne serait pas pertinent pour des médecins qui ne sauraient pas comment prendre en charge un enfant en retrait relationnel par la suite.

“C'est bien de former les généralistes, mais il faut aussi qu'ils sachent quoi en faire derrière. [...] C'est un outil qui est facile, utilisable par les médecins généralistes mais qui nécessite derrière des informations pour la prise en charge. Moi je pense que c'est quelque chose d'important, qu'il faudra de toute façon mettre en lien avec les étiologies possibles.” (mM)

- **Pour ceux qui ont le temps** (G et N)

“Après il y a des médecins généralistes qui passent... ils sont débordés effectivement, ils font des quarante et plus actes par jour. Je pense que même s'ils sont intéressés par la pédiatrie, je pense que c'est compliqué quand même. Mais après là maintenant, je ne peux pas parler pour les autres !” (mG)

- **En PMI**

• **Globalement adapté**

La plupart des médecins de PMI ont trouvé une utilité à cette échelle de manière générale.

“En PMI certainement.” (mF)

• **Adapté en début de carrière**

Les trois médecins qui n'utilisent pas l'échelle (K, L et M), considèrent cependant que celle-ci peut être adaptée en début de carrière :

“Autant je pense que c'est une échelle qui m'aurait servi au début, au début où je commençais.” (mL)

- **En crèche**

Le médecin de crèche de ce groupe (E), utilise l'échelle M-ADBB lors de l'examen d'entrée des nourrissons dans l'établissement, tout comme elle l'utilise dans son activité de cabinet.

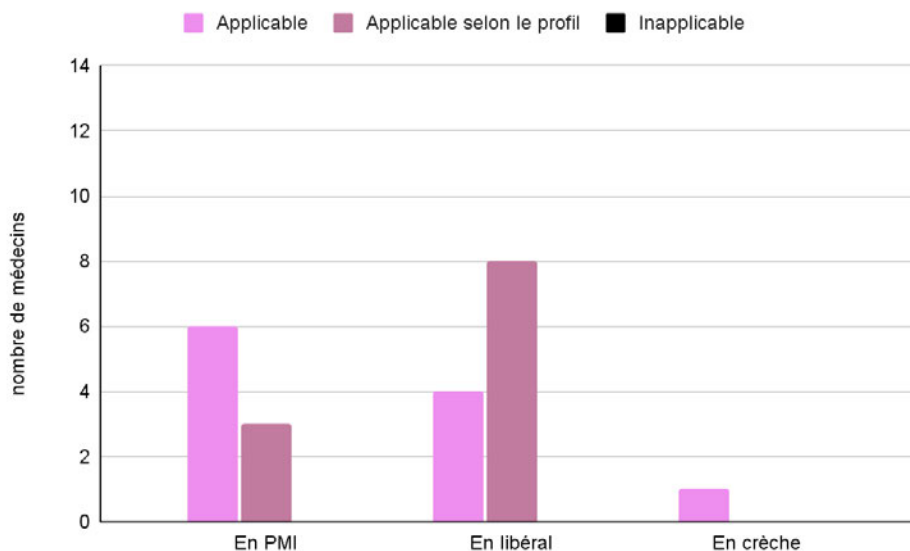


Figure 29 : Applicabilité de l'échelle M-ADBB selon le groupe 2

b. Un outil adapté

- **A la pratique du médecin généraliste**

Dans la pratique généraliste, le format de l'échelle M-ADBB, semble être tout à fait adapté (cf : B, F et J).

"C'est un problème de temps, les consultations sont assez courtes, on peut pas passer une heure d'observation du nourrisson. Tu le sais, la médecine en cabinet, on passe 15 à 20 minutes et dans ce laps de temps, d'avoir une échelle d'évaluation, je pense que c'est un apport intéressant, voilà." (mB : généraliste libéral)

"En médecine générale, justement, ça peut faciliter, je pense, pour un généraliste qui parfois a moins de temps, a plus besoin d'aller à l'essentiel on va dire." (mF : a été généraliste libéral)

- Au double regard médecin - puéricultrice en PMI

L'intérêt de l'échelle M-ADBB en PMI est qu'elle peut être utilisée aussi par les puéricultrices et ainsi avoir une évaluation standardisée avec un double regard pour plus d'objectivité (cf : J et F).

"Je trouve que c'est bien adapté pour la PMI aussi, surtout par rapport au double regard puér et médecin, parce que ça permet d'être encore plus objectif, parce que là c'est reproductible, ce qui est important finalement pour un test de dépistage. Là où quand on est sur l'observation je dirais qu'il y a toujours des biais, on peut toujours avoir des biais liés à la personne, les médecins..." (mJ)

c. Un outil pertinent

- Sensibilise et renforce la vigilance sur le retrait relationnel

Certains médecins de PMI (F, G, K, L et N), dont deux qui n'utilisent pas l'échelle, expliquent que celle-ci permet de ne pas perdre de vue les signes de retrait relationnel, une notion essentielle.

"Il faut pas passer à côté, c'est des choses à repérer." (mK)

"Je pense que ça peut être intéressant parce que ça permet, bon de dire, "bon il faut pas que j'oublie de regarder tout ça". (mL)

"Je pense que ça peut mettre la puce à l'oreille à certains confrères qui ont des doutes sur le développement de certains bébés." (mN)

- Intérêt dans le réseau de soin

- **Pour aider les généralistes au suivi du nourrisson et avoir une action de prévention**

"Dans la mesure du suivi des enfants puisque le médecin généraliste réclame de suivre les enfants ! Pour contrer l'avis des pédiatres qui disent que c'est une catastrophe qu'ils ne soient plus là parce que nous savons pas le faire !" (mC, libéral)

"C'est important dans le cadre de la prévention parce que du fait de la démographie médicale, c'est vrai qu'on a de plus en plus de familles qui vont voir des généralistes, des médecins de famille. Donc c'est eux qui vont suivre les enfants peut-être dans les premiers mois, les premières années, on en a de plus en plus, ils vont pas forcément voir des pédiatres. Donc c'est bien qu'ils y soient sensibilisés [...] Si ce travail était fait par tous les généralistes et qu'on arrivait à dépister de manière précoce les troubles relationnels entre les mères et les

enfants... [...] Ça permet de travailler le lien mère-enfant, ça évite les placements. Ça peut éviter l'intervention des travailleurs sociaux, des foyers... Enfin voilà, je pense qu'on ferait des économies énormes derrière." (mJ)

"Mais oui, oui, je pense que ça serait important que ça rentre, que ce soit un outil d'observation du développement de l'enfant, voilà, et de dépistage des troubles neurodéveloppementaux également." (mM)

- **Pour une coordination du réseau de soins** (E, J et M)

"Et ça pourrait être effectivement aussi du lien entre la médecine générale et la PMI, ça vraiment, ça peut être l'occasion." (mM)

"Voilà et là tu fais ta thèse sur un sujet qui est en train de prendre de l'ampleur donc les professionnels spécialistes sont intéressés par cette échelle et travaillent dessus quoi. Donc si les spé font l'échelle longue, pourquoi pas les généralistes feraient l'échelle courte ?" (mE)

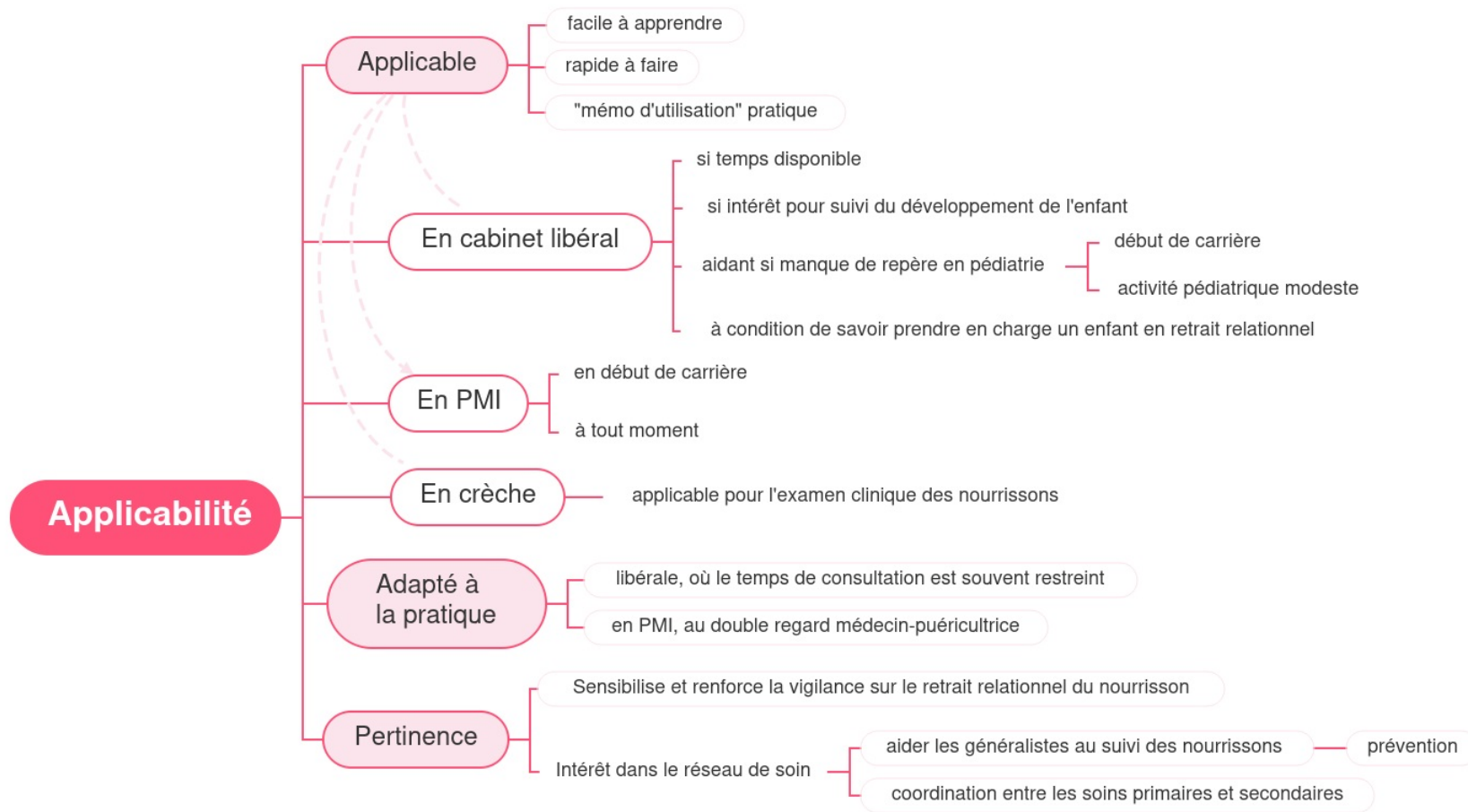
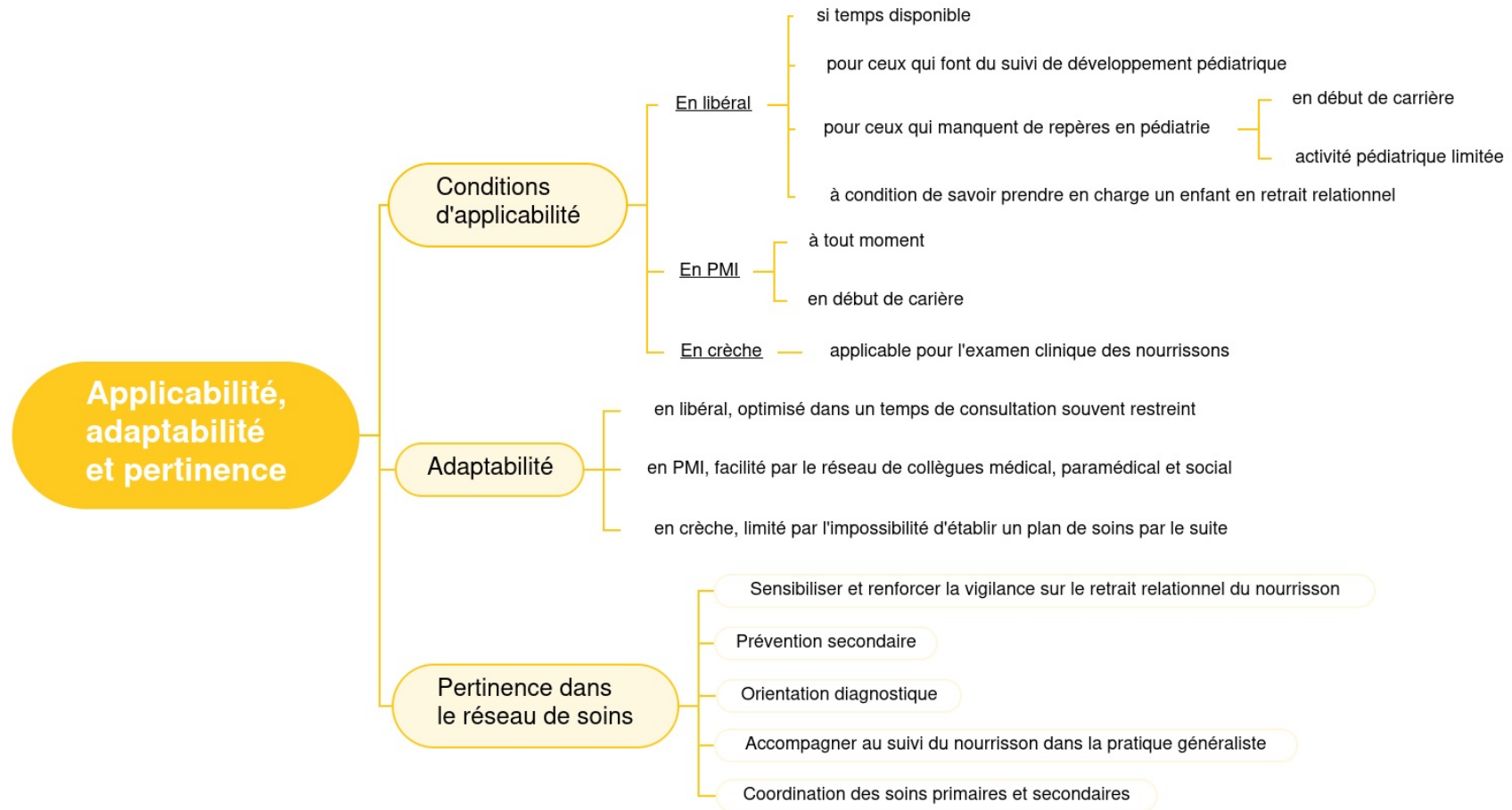


Figure 30 : applicabilité de l'échelle M-ADBB par les médecins généralistes en soins primaires, selon le groupe 2

C. L'applicabilité de l'échelle M-ADBB en soins primaires, selon l'ensemble des médecins interrogés



Discussion

I. Synthèse et comparaison avec la littérature

1) Le niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB

Le niveau de difficulté d'apprentissage estimé est très inégal dans les deux groupes interrogés. Dans le premier groupe, la moitié des médecins trouve l'apprentissage difficile. Dans le deuxième, la quasi-totalité trouve l'apprentissage facile, ne faisant que formaliser des éléments déjà connus.

La formation suivie par le premier groupe concernait aussi et surtout l'échelle ADDB. La version longue de l'échelle permet une évaluation plus détaillée que la version modifiée et préconise de s'appuyer sur la vidéo pour la cotation. La formation est par conséquent plus approfondie. Ainsi, la perception de l'apprentissage de la M-ADBB est probablement très impactée par celui de l'échelle longue pour ces médecins, et le niveau de difficulté a pu être surestimé.

A l'inverse pour le groupe 2, le *crash course* était plutôt une sensibilisation qu'une formation, le format était très court ne permettant pas de rentrer dans les détails et de se prêter à l'exercice de la cotation. Le niveau de difficulté d'apprentissage a pu être sous-estimé par ce groupe. On peut alors s'interroger sur un risque de mésusage de l'outil.

En effet, bien que les items paraissent faciles, les auteurs de l'échelle M-ADBB ont constaté des erreurs lors des premières tentatives de cotation de leurs stagiaires, c'est pourquoi ils insistent sur la nécessité d'une formation. Au terme de leur enseignement, tous leurs stagiaires auraient obtenu la certification. Cela soutient que l'apprentissage de l'échelle M-ADBB est facilement réalisable. (1)

Finalement, le niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB se trouverait probablement entre ce qui a été estimé par les deux groupes de notre étude.

Une expérience pédiatrique préalable serait un facteur facilitant pour s'approprier cet outil.

Parmi les facteurs de difficulté pour repérer les signes de retrait relationnel, on retient :

- la difficulté à se détacher de la vision globale du nourrisson durant l'examen clinique
- la difficulté à faire la distinction avec les signes de retard psychomoteur.

Certains items ont pu paraître plus subtils du fait d'un défaut de clarification lors du *crash course* et mériteraient d'être précisés car ont fait l'objet de confusion :

- Expression faciale : scepticisme concernant le repère donné "à 7 mois un enfant a un panel d'environ 7 émotions". Toutes ces émotions ne doivent pas être impérativement retrouvées au cours de l'examen clinique. C'est le nombre de changements qui compte.
- Vocalisations : L'item englobe tous les sons émis par le bébé pour s'exprimer, quel que soit le niveau de développement de langage attendu. (29,42)

Concernant, les modalités de formation, c'est le groupe 1 qui s'est le plus exprimé à ce sujet. L'apprentissage en groupe avec discussion autour de cas cliniques vidéos semble être un format apprécié des praticiens.

Dans la littérature c'est selon cette méthode (cotation en groupe sur la base de vidéos) que les cliniciens sont formés et que l'accord inter-juge est évalué jusqu'à ce qu'il atteigne un taux satisfaisant avant la mise en œuvre de travaux de recherches. (11,13,21,22,25,27,39,44)

Pour la durée nécessaire de formation, il est difficile de conclure, les réponses allant de "très rapide" à "plusieurs jours".

Les médecins ayant répondu "plusieurs jours" font partie de ceux ayant suivi la formation officielle, il y a probablement une surestimation liée à l'apprentissage requis pour la version ADBB. Pour la version longue de l'échelle, une étude a évalué la durée de formation et de certification à 29 heures (44).

Pour la M-ADBB, l'enseignement proposé il y a quelques années par ses auteurs comprenait une journée de formation en présentiel et/ou un programme de formation en distanciel. (1)

Après avoir été formé, il semble important de pratiquer l'échelle régulièrement pour en avoir une meilleure maîtrise. La participation à des groupes de pratique en complément de l'exercice clinique personnel est intéressante afin de s'entraîner à coter des vidéos collectivement et de mettre les cotations en perspective.

Pour l'échelle ADBB, dans le cadre de travaux de recherches, des réunions similaires ont été organisées pour les cliniciens après leur formation initiale. (11,21,27,44)

L'existence d'un support technique type "grille ADBB/M-ADBB" ou "mémo d'utilisation" (cf : annexes p.151 et 158) semble très utile pour les praticiens afin d'en faciliter l'utilisation et limiter les erreurs d'évaluation : ne pas oublier d'item ou encore ne pas inverser le sens de cotation.

Tous ces éléments sont intéressants à connaître pour la constitution de formations M-ADBB futures.

2) L'utilisation de l'échelle M-ADBB dans la pratique des généralistes en soins primaires

Parmi les médecins interrogés, 74% ont recours à l'échelle M-ADBB dans leur pratique.

Dans le groupe 1, formé à l'ADBB et la M-ADBB, la plupart des médecins utilisent les deux échelles selon les conditions de consultation. L'échelle longue est souvent utilisée pour affiner le résultat de la M-ADBB lorsque le score est pathologique ou en premier lieu dans un contexte clinique jugé plus à risque.

La cotation sur vidéo est très fréquente dans ce groupe (figure 12, p.75), cependant, dans les cas d'utilisation exclusive de l'échelle M-ADBB, ces médecins n'ont pas recours à la vidéo.

Dans le groupe 2, aucun médecin n'utilise la vidéo. Lors du *crash course*, la possibilité de filmer n'avait été que brièvement mentionnée, la vidéo n'étant pas impérative pour la M-ADBB car essentiellement créée pour être facilement utilisable en pratique clinique courante. (1)

En théorie, l'échelle M-ADBB peut être destinée à un usage systématique en consultation. (1) Dans notre étude, seuls 4 médecins ayant une activité de consultation sur 26 interrogés ont une utilisation systématique de la M-ADBB. Certains de façon informelle, avec l'échelle en mémoire, permettant dans la plupart des cas de constater rapidement qu'il n'y a pas de retrait. D'autres, de façon plus organisée lors de consultations de suivi.

Au Danemark il a été montré qu'il était possible d'utiliser l'échelle ADBB dans un contexte de dépistage universel à raison d'une évaluation par an par nourrisson. (44)

Selon notre étude, l'échelle M-ADBB est plus majoritairement utilisée en cas d'inquiétude des cliniciens après une première observation clinique de l'enfant ou devant la présence de facteurs de risque. Il s'agit plutôt d'un dépistage ciblé.

Pour certains médecins l'utilisation de l'échelle s'intègre facilement à leur consultation car ils disposent d'un temps relativement long et que l'observation des items de la M-ADBB se rapproche de celle de leur examen clinique habituel.

D'autres préfèrent revoir l'enfant sur une consultation dédiée à l'évaluation du retrait relationnel.

La quasi-totalité des médecins qui utilisent l'échelle a dit tracer l'évaluation dans le dossier, en particulier lorsque le score est pathologique. Cela est utile pour suivre l'évolution et dans les transmissions entre confrères (en cas de remplacement ou nomadisme médical).

L'inscription sur le carnet de santé est pertinente en théorie mais débattue dans la mesure où cet outil est encore peu connu dans le réseau des professionnels de santé.

En dehors des consultations, la connaissance de l'échelle M-ADBB est utilisée pour savoir interpréter les cotations transmises par les confrères. Notamment dans le cas d'un chef de service de PMI qui reçoit les rapports de son équipe.

3) La contribution positive de l'échelle M-ADBB à la pratique des généralistes en soins primaires

L'échelle M-ADBB, impacte positivement la pratique de la majorité des médecins interrogés. Les mêmes avantages sont ressortis dans les deux groupes de médecins, officiellement formés à l'échelle ou sensibilisés via le *crash course*.

Pour cette question, la saturation des données a été obtenue, les 3 derniers entretiens de chaque groupe n'ayant pas apporté d'information nouvelle.

Lors de l'examen clinique, l'échelle M-ADBB permet de systématiser l'examen et d'avoir une observation fine avec une vigilance accrue sur les signes de retrait relationnel.

Au cours de l'examen, on peut aussi utiliser l'échelle comme support pour communiquer avec les parents, pour les interroger sur l'attitude de leur enfant à la maison ou pour leur expliquer ce qu'est le retrait relationnel.

L'évaluation M-ADBB, donne un moyen objectif de qualifier le retrait, voire de le quantifier. Si un médecin perçoit un trouble dans le contact avec un nourrisson, cet outil permet d'objectiver son inquiétude, de "donner un côté scientifique à ses intuitions".

La mise en évidence d'une attitude de retrait relationnel constitue un "signal d'alarme". A l'inverse, infirmer l'hypothèse d'un retrait avec l'échelle permet aussi de relativiser une évaluation.

Le repérage précoce du retrait relationnel du nourrisson est un levier pour prescrire une prise en charge précoce et adaptée à la situation.

Cela permet aussi de faire le lien avec l'état psychique des parents et la relation triadique avec leur enfant. Il est possible de s'appuyer sur l'échelle pour faire de la guidance parentale.

Sur le plan de la protection de l'enfance, cela peut permettre de donner un élément objectif dans les rapports au juge et contribuer à prendre une décision de placement sans tarder.

Le score obtenu avec la M-ADBB, peut servir aux praticiens comme élément de suivi. L'évaluation en étant tracée dans le dossier permet d'apprécier objectivement l'évolution et de juger de l'efficacité d'éventuelles interventions.

La traçabilité permet aussi de se protéger en cas de litige, dans le cas où un médecin serait accusé de faute ou de négligence. Le fait d'inscrire le résultat d'une cotation avec l'outil peut avoir plus de poids qu'une observation simple qui pourrait paraître subjective.

L'échelle M-ADBB est un nouvel élément de langage professionnel qui s'est déjà bien établi dans certaines PMI. Il trouve sa place en consultation courante et notamment dans le binôme médecin-puéricultrice. Il est aussi utilisé en concertation entre médecins en vue d'une décision de prise en charge médico-sociale.

A plus large échelle, si cet outil était connu d'un grand nombre de professionnels et devenait un langage commun, cela permettrait d'harmoniser et de coordonner les évaluations cliniques d'un intervenant à l'autre. Cela n'empêchant évidemment pas de compléter ses observations par d'autres éléments.

De façon collatérale, les groupes de pratique ADBB/M-ADBB, permettent de renforcer la cohésion d'un réseau de professionnels et de discuter de manière collégiale certaines prises en charge. Ces groupes permettent aussi d'initier de nouveaux professionnels à l'outil.

Dans ce contexte particulier, le support vidéo est par contre indispensable.

L'échelle est aussi utile d'un point de vue pédagogique pour sensibiliser les jeunes professionnels, notamment les internes ou les puéricultrices, à repérer le retrait relationnel du nourrisson.

Enfin, deux médecins sur les vingt sept interrogés ne trouvent aucune contribution positive de l'échelle M-ADBB à leur pratique.

Au total, 92.5% des médecins de l'étude ont cité au moins un élément pouvant contribuer positivement à la pratique des généralistes (même certains n'utilisant pas personnellement l'outil). Dans l'étude de faisabilité de l'échelle longue en soins primaires, 91.5% des médecins étaient d'accord pour dire que l'échelle ADDB contribuait positivement à leur pratique (44). Quatre grands thèmes étaient ressortis :

- Augmentation et maintien de l'attention sur le développement socio-émotionnel de l'enfant.
- Amélioration des compétences pour évaluer le comportement relationnel de l'enfant
- Apport d'un cadre de références mutuelles et promotion d'une identité professionnelle
- Communication avec les parents facilitée

La proximité de ces résultats renforce la transférabilité de notre étude. Elle indique également, que l'échelle M-ADBB, bien que plus courte, confère des avantages proches de ceux de l'échelle ADDB.

L'échelle M-ADBB a une bonne validité apparente d'après les résultats de notre étude. La validité apparente correspond au sentiment subjectif qu'ont les évaluateurs de la validité de l'instrument et de ce qu'il leur semble mesurer. Elle ne constitue pas une preuve de sa validité psychométrique, mais est néanmoins utile à considérer du fait de ses conséquences pratiques. (31) Cela encourage l'utilisation de l'outil, renforce son applicabilité. Par exemple, l'étude danoise a montré qu'une perception positive de l'échelle ADDB était prédictive d'un degré d'utilisation plus élevé quelques mois plus tard. (44)

4) Les freins à l'utilisation de l'échelle M-ADBB

Dans une consultation pédiatrique au contenu déjà très dense, le temps est le principal obstacle à l'utilisation de l'échelle M-ADBB selon les médecins du groupe 1 : 85% d'entre eux l'ont évoqué.

Le groupe 2 est plus modéré à ce sujet : 43% l'ont mentionné tout en estimant finalement que ce n'est pas un problème absolu. Si cela est nécessaire, ils s'accordent quelques minutes supplémentaires ou renvoient l'enfant sur une consultation dédiée à l'évaluation du retrait relationnel.

Cette discordance entre les deux groupes est à mettre en perspective avec le fait que la perception du groupe 1 est possiblement marquée par l'échelle longue à laquelle ils ont été formés et qu'ils utilisent aussi pour la plupart.

Dans l'étude sur la faisabilité de l'échelle ADDB, 41% des cliniciens interrogés considéraient que cet outil était chronophage (44), soit deux fois moins que notre groupe 1. Pour recontextualiser, les

professionnels engagés dans cette étude étaient des puéricultrices de la ville de Copenhague travaillant pour un programme de surveillance du développement des enfants. Leur mission est d'effectuer des visites à domicile à titre systématique durant la première année du post partum. Ces visites durent environ une heure, elles comprennent l'examen du nourrisson, du soutien à la parentalité et, dans le cadre de l'étude, une évaluation ADBB devait être réalisée au cours d'une année.

Les conditions ne sont donc pas tout à fait comparables à la situation française où le même type d'évaluation est effectué, mais souvent de façon partagée entre un temps avec une puéricultrice et un temps avec le médecin. Et les médecins n'ont pas une heure d'examen par nourrisson.

Il a été souligné que la problématique temporelle est relative au temps de consultation pré-établi. Il semblerait qu'au-delà de 25 à 30 minutes de consultation, une cotation M-ADBB est plus aisément réalisable.

Dans la pratique libérale, le temps de consultation est contraint par la tarification de l'acte.

Actuellement, pour les médecins conventionnés secteur 1, le tarif de la consultation pour un enfant de moins de 6 ans (aux horaires ouvrables) est de 30€ (acte : G + MEG). Les consultations pédiatriques obligatoires du 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois sont à 46€ (acte : COE) car un examen plus complet est demandé en vue de remplir un certificat de santé obligatoire. (50)

Ainsi, en consultation courante, il est moins évident pour un médecin libéral de s'accorder un temps assez long pour permettre une évaluation M-ADBB en plus des autres motifs à régler. Cependant, nous le reverrons dans la partie "Perspectives et propositions", dans le cadre particulier du repérage des troubles du neurodéveloppement chez les enfants ayant des facteurs de risque, une revalorisation est possible.

La différence de point de vue entre les deux groupes concernant la question du temps, peut aussi être liée à une sous-estimation de l'attention et du temps nécessaire pour réaliser une cotation M-ADBB fiable après une simple sensibilisation à l'outil.

Par ailleurs, certains modes d'exercice sont moins compatibles avec l'utilisation de cette échelle : En crèche, le médecin peut se servir de l'outil au cours de l'examen clinique d'entrée par exemple. En cas de retrait, il peut aviser son équipe qu'une attention particulière est nécessaire, il peut aussi faire de la guidance parentale. Cependant, il sera limité par son absence de pouvoir de prescription.

Le regard des parents face à cet outil est délicat pour certains praticiens qui craignent de générer une inquiétude ou un sentiment de remise en cause des compétences parentales. Cette difficulté a été relevée par 15% des médecins du groupe 1, ce taux monte à 54% lorsqu'une vidéo est utilisée pour la cotation. Dans le groupe 2, ce problème n'a pas été soulevé.

Dans l'étude de faisabilité de l'échelle ADBB (sans utilisation de la vidéo), 30% des médecins considéraient que le fait d'effectuer une cotation pouvait compliquer la communication avec les parents et générer des inquiétudes.

L'utilisation de la vidéo est intéressante par certains aspects : elle permet de prendre du recul sur la situation, de faire une analyse plus détaillée et de partager des observations avec des confrères. Cependant tous les médecins qui y ont recours ont aussi cité des inconvénients : mise en œuvre technique et chronophage, nécessite l'aide d'un collègue, implique des explications auprès des parents et de recueillir leur consentement écrit. Il a aussi été évoqué que la cotation par vidéo était "la porte ouverte à l'intelligence artificielle". Le regard clinique pourrait-il être remplacé par des algorithmes ?

Un autre obstacle, inhérent à la bonne utilisation de l'échelle est de se trouver face à un enfant qui n'est pas en condition pour une évaluation du retrait relationnel : s'il présente une maladie aiguë, s'il a sommeil ou tout autre inconfort qui serait responsable d'un retrait réactionnel et momentané. Ces situations sont évidemment fréquentes en consultation pédiatrique. L'utilisation de l'outil n'est alors pas possible, il faut évaluer l'enfant sur une autre consultation.

La réaction de peur de l'étranger, totalement normale à partir de l'âge de 9 mois, peut aussi rendre difficile l'évaluation de l'interaction.

Même lorsque les conditions sont propices à l'évaluation, certains médecins (38%) du groupe 1 considèrent qu'une subjectivité peut persister. Pour s'en affranchir, ils croisent leurs scores avec leurs collègues. Cela implique alors une dépendance à la disponibilité d'un tiers pour utiliser l'outil.

Cette subjectivité est potentiellement plus ressentie que réelle. En effet, d'un point de vue psychométrique, l'échelle M-ADBB a un bon niveau d'accord inter-juge : ICC = 0.87 (1) ; CCC = 0.8 (39). Cela signifie qu'il y a peu d'ambiguïté dans la cotation et peu d'empreinte de subjectivité (32). Toutefois, il n'y a pas de données sur le niveau d'accord inter-juge après une simple sensibilisation à l'outil où le risque d'erreur pourrait être plus grand. (1)

Pour autant, dans le groupe 2, personne n'a évoqué cette difficulté.

En comparaison, pour l'échelle ADBB et son système de cotation plus détaillé, 26% des médecins rapportaient une incertitude quant à leur cotation dans l'étude danoise. (44)

Une autre limite a été évoquée : l'échelle M-ADBB est un outil peu connu. Le bénéfice d'un nouvel élément de langage professionnel est neutralisé par cette réalité et la pertinence de l'outil peut sembler moindre pour certains médecins.

Le premier groupe n'est pas affecté par cette limitation étant donné qu'ils font tous partie du réseau Périnatalité Occitanie qui est à présent familier de la M-ADBB.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la finalité de l'outil se trouve à l'échelle individuelle : permettre d'identifier le retrait relationnel.

Si l'on reprend les témoignages des médecins qui n'utilisent pas l'échelle M-ADBB (6/27 sans compter 1 utilisant uniquement l'ADBB), les problématiques citées qui ont pu être rédhibitoires sont :

- Un outil complexe où la cotation est subtile rendant l'apprentissage difficile et l'utilisation chronophage.
- L'intérêt de s'appuyer sur la vidéo mais la difficulté de sa mise en place vis à vis des parents et la potentielle porte ouverte à l'intelligence artificielle.

- La cotation constitue une fausse réassurance et le risque d'erreur persiste.
- L'outil est peu adapté à l'exercice en crèche.
- L'absence de nécessité d'un outil pour repérer le retrait relationnel déjà effectué en pratique.
- Un outil inconnu de la plupart des professionnels de santé.

Ces deux derniers points ont été cités par des médecins du deuxième groupe, les précédents ont été cités dans le premier groupe.

5) Conditions d'applicabilité de l'échelle M-ADBB dans la pratique des médecins généralistes en soins primaires

Dans l'ensemble, les médecins s'accordent pour dire que l'échelle M-ADBB est un outil utile en PMI. Il est d'autant plus pertinent au sein de ce type de structure qui travaille en équipe : double évaluation médecin-puéricultrice, dans les rapports d'évaluation au chef de service, pour l'adressage au CAMSP (Centre d'Aide Médico Sociale Précoce), etc. On retrouve ici le bénéfice d'un langage professionnel commun.

Après quelques années de carrière, certains médecins de PMI considèrent cependant que cet outil a moins d'intérêt, n'apportant rien de plus à leur expérience clinique. L'un dit d'ailleurs que la M-ADBB lui semble trop simplifiée. Toutefois, cette simplification a le mérite d'exister pour une utilisation dans le cadre du dépistage.

A l'inverse, pour les médecins qui débutent dans ce milieu, l'échelle peut être un bon outil pour guider l'examen du nourrisson.

De même, pour les médecins libéraux ayant une pratique très généraliste, l'échelle peut servir de support dans le cadre de consultation de suivi du développement. Etant donné que de nombreux enfants sont suivis uniquement par des médecins généralistes cela est intéressant.

Diffuser la M-ADBB, à défaut d'être utilisée formellement ensuite, permet de passer un message de sensibilisation à la problématique de retrait relationnel.

Toutefois, les médecins libéraux interrogés ayant une activité pédiatrique occasionnelle, ont tous considéré que cet outil était facilement applicable à leur pratique, son format étant plutôt optimal dans leur temps de consultation restreint.

Concernant l'activité de médecin de crèche, comme nous l'avons vu précédemment, l'outil est en soi applicable (sans l'usage de la vidéo) mais sa pertinence est limitée par l'impossibilité de prescription.

De façon générale, l'évaluation M-ADBB n'a d'intérêt que si le médecin est en capacité d'entreprendre une prise en charge adaptée par la suite.

Porter l'échelle M-ADBB à la connaissance des généralistes nécessite en parallèle une information détaillée sur les causes, les conséquences et les actions à mener possibles.

Selon les médecins interrogés, la M-ADBB est un outil d'orientation diagnostique pour les troubles du neurodéveloppement et les difficultés parentales, notamment la dépression maternelle.

La littérature a montré que l'échelle ADBB a un intérêt pour dépister :

- le retrait relationnel chez les enfants dont la mère présente un syndrome dépressif caractérisé (22)
- les enfants à risque de développer des troubles du neurodéveloppement, tels que les troubles cognitifs et relationnels (25) et les troubles du spectre de autistique (17).

De part la corrélation entre l'échelle ADBB et M-ADBB (1,38,39) on peut par extension supposer que la version M-ADBB est aussi pertinente dans ces situations là.

Cet outil est donc une clé pour enclencher un processus de soins et permet aussi de faire du lien entre les différents intervenants. Notamment entre les soins primaires et secondaires susceptibles d'utiliser l'échelle longue.

L'échelle M-ADBB permettant d'identifier précocement le retrait relationnel s'inscrit dans un processus de prévention secondaire des troubles du neurodéveloppement.

II. Forces et limites

Pertinence de la question de recherche

Repérer précocement le retrait relationnel est un enjeu de santé publique qui relève des soins primaires. L'échelle M-ADBB est un outil validé qui s'inscrit dans cette démarche là.

Il était donc justifié d'évaluer dans quelle mesure cet outil était en pratique applicable par les médecins généralistes exerçant en soins primaires.

Une étude qualitative était intéressante pour connaître leur retour d'expérience sur l'échelle M-ADBB. Cette approche permettait d'appréhender la pertinence de l'outil dans leur pratique et de comprendre les facteurs pouvant favoriser ou limiter leur utilisation.

Aucune donnée de la littérature n'a été retrouvée sur ce sujet.

La population d'étude

Les critères d'inclusion étaient larges et un biais de sélection intentionnel a été établi dans le but d'obtenir une population d'étude diversifiée afin de recueillir un maximum de points de vue.

Au total, 27 médecins ont pris part à l'étude, ils exerçaient en PMI, en libéral ou en crèche, dans des milieux allant de rural à urbain et leur ancienneté d'exercice oscillait entre 1 et 38 ans.

La population était donc variée avec pour réserve une surreprésentation des médecins femmes (88%). Cela est fortement lié au fait que la PMI est un milieu très féminisé. De plus, la filière médecine générale est en voie de féminisation depuis quelques années. En 2021, les femmes représentent 51,5% de l'ensemble des médecins généralistes et 65% des généralistes de moins de 39 ans (51).

La surreprésentation des femmes dans notre étude constitue un biais de sélection modéré.

Seuls 5 médecins libéraux ont participé à l'étude.

On compte 79% de non-réponses chez ces médecins. La plupart de ceux n'ayant pas donné suite faisaient partie de deux MSP et avaient été contactés par l'intermédiaire de leur secrétariat commun. Ce recrutement impersonnel et une transmission probablement non optimale de l'information par les secrétariats peuvent en partie expliquer ces non-réponses. Cela peut aussi refléter un manque de temps et un manque d'intérêt de ces médecins concernant la problématique du retrait relationnel.

Les médecins de la PMI du Vaucluse ont, à l'inverse, participé massivement grâce à une organisation facilitée et encouragée par leur directrice et sa secrétaire. Ces médecins avaient entendu parler de l'échelle M-ADBB quelque temps plus tôt au cours d'une formation, ce qui a probablement éveillé leur intérêt à propos de l'outil.

Cette forte mobilisation des médecins de PMI a eu pour conséquence de limiter le nombre d'inclusion des libéraux du fait des capacités de recueil et d'analyse des données par les investigateurs de l'étude.

Cela représente un biais de sélection (biais de volontariat) significatif avec une possible surestimation de l'applicabilité de l'échelle M-ADBB.

Le crash course

Une force de cette étude est d'avoir bénéficié de la relecture et de la correction du diaporama du *crash course* par le Pr Guedeney, à l'origine de l'échelle ADBB et professeur en pédopsychiatrie expert dans le diagnostic et la prise en charge du retrait relationnel du nourrisson.

L'enjeu était de réaliser une présentation de 30 minutes accessible à un maximum de professionnels afin de limiter le biais de sélection.

Une des limites a été le nombre de vidéos illustratives permettant de s'exercer à la cotation. Il y avait alors un risque de mésusage par la suite.

Les médecins libéraux ont suivi la présentation individuellement, les médecins de PMI en groupe. Ceci aurait pu être une autre limite mais cela n'a pas représenté de biais significatif étant donné qu'en dehors de quelques questions éventuelles, il n'y avait pas de place à l'interaction dynamique de groupe durant le *crash course*.

Par ailleurs, le "mémo d'utilisation" remis à chacun des médecins du deuxième groupe semble avoir été utile et apprécié. Ce support a pu encourager à l'utilisation de l'outil.

Le recueil des données

Suite au *crash course*, seul un participant a été perdu de vue, il s'agit d'un léger biais de sélection supplémentaire.

Dans le guide d'entretien, les questions étaient "ouvertes" à l'exception de la question 5 portant sur l'applicabilité de l'échelle M-ADBB ce qui a pu limiter les informateurs dans leur amplitude de réponse. Cette question a donc été reformulée pour la deuxième série d'entretiens.

Il s'agissait d'une première expérience d'étude qualitative pour l'enquêteur, certaines relances ont pu être maladroitement posées, orientant les réponses des participants et pouvant induire un biais d'information.

Le mode d'entretien par téléphone a eu l'inconvénient de ne pas donner l'accès au langage non-verbal, mais cela n'était pas indispensable pour cette étude. Ce mode d'entretien a l'avantage de laisser l'informateur dans une atmosphère plus confidentielle favorisant la liberté d'expression tout comme la garantie d'anonymisation des données.

Toutefois, un biais de désirabilité sociale et un biais de prévarication peuvent toujours exister, plus particulièrement concernant les médecins qui connaissaient l'enquêteur.

L'enregistrement audio de l'entretien n°8 était de mauvaise qualité, quelques données ont pu être perdues. Ce biais d'information a été limité par la prise de notes concomitante à l'entretien.

L'analyse des données

Le premier groupe ayant été formé à l'échelle M-ADBB en même temps qu'à l'ADBB au cours d'une formation approfondie de quatre jours, il leur était parfois difficile d'évaluer les données en fonction de l'échelle courte ou longue. Il y avait donc un biais de confusion évident dans certains propos que nous avons pris en compte pour l'analyse.

Des médecins de PMI ont exprimé leur avis du point de vue de la pratique des généralistes libéraux. Leur formation initiale est commune et certains ont pu exercer les deux activités au cours de leur carrière. Il aurait été intéressant de préciser systématiquement le degré d'expérience de l'exercice libéral des médecins de PMI. Cela aurait permis de faire la part des choses entre ce qui relève de leur expérience vécue ou de leurs représentations de ce type d'exercice et ainsi de lever un biais d'information potentiel.

Comme toute recherche qualitative, il y a un biais d'interprétation potentiel. Celui-ci a pu être minimisé par des reformulations lors des entretiens, par une retranscription fidèle et par le recours aux citations lors de l'analyse. La triangulation partielle des chercheurs a également permis de renforcer la fiabilité de l'étude.

La saturation des données a été atteinte uniquement pour la question abordant la contribution de l'échelle à la pratique. Toutefois, au terme de l'analyse les résultats répondent à la question de recherche et sont en accord avec des données complémentaires de la littérature.

Perspectives et propositions

1) Le rapport des 1000 premiers jours [\(24\)](#)

En 2019, le Ministère des solidarités et de la santé a réuni une commission d'experts dans le but de fonder une action publique basée sur les connaissances scientifiques existantes autour des 1000 premiers jours de vie (entre le 4ème mois de grossesse et l'âge de 2 ans environ).

Il s'agit d'une période sensible pour le développement des nourrissons où la précocité des interventions est proportionnelle à leur efficacité, les enjeux sont donc considérables.

Parmi les objectifs de la commission, on retient :

- **L'élaboration d'un discours de santé publique et l'organisation d'un parcours des 1000 jours**

La commission propose dans son rapport un discours de santé publique abordant :

- l'importance des interactions de l'enfant avec le monde qui l'entoure ;
- des conseils concernant le sommeil, l'alimentation, l'exposition aux toxiques ;
- la sensibilisation à la dépression maternelle, aux violences conjugales et éducatives.

Elle vise également à organiser le parcours de tout parent durant la période des 1000 premiers jours. Elle recommande, entre autre, aux médecins d'aborder de nouveaux éléments lors des consultations obligatoires :

- les capacités cognitives de l'enfant
- la relation parents-enfant
- l'exposition aux écrans
- l'importance du jeu, du rapport à la nature, de l'éveil culturel et artistique
- l'appétence relationnelle

- **Porter une attention particulière devant certaines fragilités :**

Les experts mettent l'accent sur certaines fragilités, notamment le cas des enfants présentant des anomalies de la trajectoire neuro-développementale.

Le constat de la commission :

“Les troubles du neuro-développement (TND) sont très fréquents et affectent près de 10% de la population générale, soit environ 70 000 enfants par an. La sévérité de ces troubles est variable en termes de handicap, mais affecte considérablement le devenir individuel.

Ces troubles émergent pour la plupart à une phase très précoce du développement (avant 15 mois pour les déficiences et les troubles du spectre autistique). Cela impose une sensibilisation généralisée de l'ensemble des professionnels de la petite enfance intervenant auprès des enfants et des parents. Le repérage précoce des troubles du neuro-développement représente un enjeu de taille

puisqu'il ouvre des perspectives de prise en charge à un âge où les processus de développement sont encore très plastiques. Or, il existe en France un fort retard à l'identification des anomalies de la trajectoire neuro-développementale."

Les experts recommandent :

- De développer la sensibilisation des professionnels aux TND et à leurs signes d'alerte.
- De proposer des modèles d'intervention spécifique et de développer les Plateformes de Coordination et d'Orientation

2) Recommandations de la HAS concernant les TND (52,53)

En 2020 la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations pour harmoniser les pratiques de repérage et d'orientation des enfants de 0 à 7 ans présentant un trouble du neurodéveloppement (TND). (52)

Les TND sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ils entraînent des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution de fonctions spécifiques intellectuelles, motrices ou sociales. L'étiologie des TND est complexe et souvent inconnue.

Selon le DSM V, les TND regroupent notamment : les handicaps intellectuels, les troubles de la communication, les troubles du spectre de l'autisme, le trouble spécifique des apprentissages, les troubles moteurs, le déficit de l'attention / hyperactivité.

Les troubles du développement sensoriel et de la motricité étant souvent intriqués, ils ont également été considérés dans ces recommandations.

A. Facteurs de risques de TND

Le rapport de la HAS a identifié des facteurs de risques de TND :

Facteurs de haut risque de TND	Facteurs de risque modérés de TND
<ul style="list-style-type: none"> - Grande prématurité (< 32 SA) ou prématurité associée à un retard de croissance intra utérin ou un petit poids pour l'âge gestationnel. - Encéphalopathie hypoxo-ischémique ayant nécessité une hypothermie thérapeutique. - Survenue d'un accident vasculaire cérébral périnatal. - Micro ou une macrocéphalie. - Antécédent familial au premier degré de TND sévère. - Foetopathie infectieuse. - Méningo encéphalite bactérienne ou herpétique. - Exposition prénatale à certains anti-épileptiques ou exposition sévère à l'alcool et/ou avec signe de foetopathie. - Cardiopathie congénitale complexe opérée ou autre chirurgie majeure prolongée et répétée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prématurité après 32 SA. - Petit poids pour l'âge gestationnel isolé. - Encéphalopathie hypoxo-ischémique n'ayant pas nécessité d'hypothermie thérapeutique. - Malformation cérébrale ou cérébelleuse. - Choc septique à hémoculture positive. - Méningo-encéphalopathie à entérovirus. - Exposition in utero à l'alcool sans signe de foetopathie. Exposition prénatale à une substance psychoactive

Ces facteurs de risques doivent être recherchés dès la période pré-natale.

Les enfants présentant des facteurs de risques modérés de TND, associés à certaines circonstances environnementales familiales telles qu'une vulnérabilité socio-économique élevée ou une vulnérabilité psychoaffective, sont à considérer comme à haut risque.

B. Repérage des TND en cas de facteur de risque

La HAS recommande que **les enfants ayant un facteur de risque modéré bénéficient d'une consultation de repérage des signes de TND par un médecin de première ligne** : généraliste, pédiatre, médecin de PMI ou médecin scolaire.

Les enfants à haut risque doivent bénéficier d'emblée d'une consultation par un médecin de seconde ligne programmée avant leur sortie de néonatalogie.

Il est attendu du médecin de première ligne, qu'il organise une consultation dédiée au repérage des TND. Au cours de cette consultation, il doit effectuer un examen clinique détaillé et rechercher les **signes d'alerte** de TND.

Les signes d'alerte correspondent à une déviation importante de la trajectoire développementale.

La délégation interministérielle à l'autisme et aux TND a élaboré des grilles "Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans" sur lesquelles les médecins peuvent s'appuyer pour les identifier (54). Les repères donnés correspondent à la limite supérieure de la période d'acquisition d'une compétence (90ème percentile).

Pour les enfants nés prématurément, ces signes sont recherchés par rapport à l'âge corrigé jusqu'à l'âge chronologique de 2 ans.

C. Dépistage des TND dans la population générale

Concernant les enfants ne présentant pas de facteurs de risque, il est recommandé de rechercher des **signes d'appel** de TND dans le cadre de l'examen médical effectué à chaque examen obligatoire.

Les signes d'appel objectivent des décalages des acquisitions par rapport à la population générale. Ils peuvent être identifiés à l'aide des grilles des acquisitions du carnet de santé où les repères donnés pour un développement "normal" correspondent aux acquisitions atteintes par 50% de la population.

Toute inquiétude des parents concernant le neurodéveloppement de leur enfant doit aussi être considérée comme un signe d'appel et donner lieu à un examen clinique détaillé.

D. Outils de repérage des TND

Les auteurs de ces recommandations, suggèrent l'usage d'outils standardisés et validés afin d'améliorer la sensibilité et la spécificité des signes l'appel ou d'alerte donnés par le carnet de santé ou dans les grilles de la délégation interministérielle. Ces outils étant significativement plus sensibles que les impressions cliniques, ils peuvent être utilisés comme moyen de surveillance supplémentaire du développement.

Ils peuvent être des questionnaires parentaux ou des tests rapides facilement réalisables au cours de la consultation.

Les tests de repérage doivent être des "outils validés et normalisés pour la recherche systématique d'un décalage de développement dans les populations à risque de TND asymptomatiques et/ou pour étayer un signe d'alerte ou confirmer/infirmier un signe d'appel ou une inquiétude clinique".

Un test de repérage doit répondre aux caractéristiques suivantes selon la HAS :

- Une bonne fiabilité et une bonne validité prédictive.
- Une sensibilité acceptable est de 70% à 80%, et la norme reconnue de spécificité est de 80%.

Pour approfondir l'évaluation de la composante relationnelle qui peut être liée aux TND, l'échelle ADBB rentre tout à fait dans les critères de la HAS.

Quant à l'échelle M-ADBB, elle a montré avoir une bonne corrélation avec l'ADBB (1,38,39) et une bonne fiabilité (20,38,39). Cependant d'autres études seraient nécessaires pour évaluer la validité prédictive et la sensibilité/spécificité.

L'échelle ADBB peut servir de test de repérage des TND, l'échelle M-ADBB peut être envisagée aussi mais avec plus de précaution.

E. Conduite à tenir devant des signes de TND

Lorsque plusieurs signes d'alerte sont détectés, il est recommandé de mettre en place une intervention précoce et d'orienter vers une consultation spécialisée en neurodéveloppement ou vers la Plateforme de Coordination et d'Orientation des TSA/TND.

Les interventions précoces (IP)

Une IP désigne toute intervention développementale mise en place entre la naissance et l'âge de 8 ans dans les domaines physique, moteur, socio-émotionnel et cognitif.

La trajectoire développementale peut être améliorée par les IP.

On distingue deux types d'IP :

- Les interventions préventives ou éducatives : guidance parentale.
- Les interventions thérapeutiques : professionnel paramédical ou psychologue.

Chez les enfants à risque de TND, il est recommandé de débiter des IP préventives dès la sortie de néonatalogie.

Si un TND est fortement suspecté lors de la consultation de repérage, il est recommandé de mettre en place rapidement des IP préventives et thérapeutiques adaptées.

Dans son rapport, la HAS indique quelles sont les interventions précoces thérapeutiques adaptées aux différents tableaux cliniques. (52)

Dans le cadre des troubles relationnels il est recommandé d'orienter l'enfant vers un psychologue libéral ou au CMP (Centre Médico-Psychologique) ; voire vers un pédopsychiatre en cas de difficulté relationnelle manifeste ou encore au CAMSP ou à l'hôpital en cas d'inhibition massive.

Les Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO)

Ce dispositif a été créé en 2018 et a pour objectif d'accélérer et de coordonner le parcours diagnostique et les interventions précoces des enfants atteints de troubles du neurodéveloppement entre 0 et 7 ans.

Elles coordonnent les soins primaires et secondaires dans le but d'établir un diagnostic le plus précocement possible.

3) Revalorisation de certains actes

En 2021, la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie a été modifiée en vue de la revalorisation de certains actes. Notamment, l'article 28.4 a été modifié comme suit :

- Les partenaires conventionnels conviennent de l'extension de la MIS* aux troubles du spectre de l'autisme et aux troubles du neuro-développement permettant de rendre cohérent le parcours du patient via les plateformes de coordination et d'orientation et de prendre en compte les dernières recommandations de bonne pratique de la HAS sur les troubles du neurodéveloppement ;
- Les partenaires conventionnels s'accordent pour étendre le périmètre de la consultation CTE de "repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme", aux troubles du neuro-développement englobant également les troubles de la relation précoce mère/enfant. (55)

* MIS : "consultation initiale d'information de cancer ou de maladie neurodégénérative"

Dans le cadre des consultations destinées à repérer les signes d'alerte de TND, il est donc possible de coter les actes suivant :

- G + MIS, soit 55€, pour une consultation initiale dédiée au repérage des signes de TND
- CTE (via le code CCE), soit 60€, pour une autre consultation unique.

Cette revalorisation favorise l'applicabilité de l'échelle M-ADBB par les médecins généralistes libéraux. La modification étant récente elle n'avait pas été mentionnée durant le *crash course*, mais il

conviendra de le notifier à l'avenir.

4) Place de la M-ADBB dans ces nouvelles recommandations

En accord avec les recommandations de la conférence des 1000 jours et de la HAS, l'échelle M-ADBB nous semble pertinente :

- Pour tout enfant : Lors de tout examen de suivi pour apprécier ses capacités relationnelles et concourir à dépister les signes d'appel de TND.
- Pour les enfants présentant un facteur de risque modéré de TND : Lors de la consultation dédiée à la recherche de signes d'alerte de TND, en complément des grilles de référence proposées par la délégation interministérielle. Cette consultation peut être cotée "G+MIS" par le médecin ce qui lui permet de s'accorder du temps pour l'examen.
- Dans l'hypothèse d'un retrait relationnel évoqué par une première évaluation, il faut revoir l'enfant 15 jours plus tard pour une confirmation. Cette consultation peut être cotée "CTE" permettant à nouveau de prendre du temps pour l'évaluation et pour donner des explications aux parents.

Devant des signes de retrait relationnel du nourrisson, le médecin pourrait mettre en place :

- une intervention précoce préventive : guidance parentale, favoriser l'interaction parent-enfant.
- une intervention précoce thérapeutique : orienter vers un psychologue, le CMP, un pédopsychiatre, le CAMSP ou l'hôpital selon le degré de sévérité.
- contacter une plateforme de coordination et d'orientation afin d'organiser un parcours diagnostique pour l'enfant.

Conclusion

Identifier le retrait relationnel est un enjeu de santé publique :

Cela permet d'orienter vers un diagnostic de trouble psychologique, de déceler une désynchronisation de la relation parent-enfant pouvant être en lien avec une dépression maternelle ou encore une naissance prématurée. Sur le plan somatique, il peut être le reflet d'un déficit sensoriel, d'une douleur chronique ou d'un syndrome d'alcoolisation foetale. Le retrait relationnel durable est un marqueur de certains troubles du neurodéveloppement, en particulier lors d'un TSA débutant. Il peut en être aussi une cause du fait de la diminution des interactions qui est préjudiciable au développement.

Son repérage avec l'échelle M-ADBB et une prise en charge précoce pourrait avoir un effet préventif sur l'apparition de ces troubles.

Ce travail de thèse a permis à travers une analyse qualitative de comprendre quelle pouvait être la place de l'échelle M-ADBB dans la pratique des médecins généralistes en soins primaires.

L'échelle M-ADBB est un outil relativement facile à appréhender, bien qu'une formation soit nécessaire pour pouvoir l'utiliser de façon optimale.

Les items de l'échelle s'intègrent assez facilement à l'examen clinique déjà réalisé par les médecins. Le format court de la version M-ADBB est adapté pour des consultations au contenu souvent déjà très dense, le manque de temps demeure cependant le principal frein à son utilisation.

La plupart des médecins ont recours à l'échelle devant des facteurs de risque ou devant une inquiétude après une première évaluation de l'enfant. Lorsqu'ils perçoivent un trouble relationnel, l'échelle M-ADBB leur permet d'objectiver le retrait et d'entreprendre une prise en charge précoce.

Le système de cotation offre un point de repère reproductible pour le suivi de l'évolution de l'enfant par la suite.

Dans l'hypothèse d'une généralisation de cet outil, cela serait un élément de langage professionnel commun et permettrait d'harmoniser et comparer les observations d'un intervenant à l'autre. L'échelle en a déjà fait les preuves au sein de certaines équipes de PMI, en particulier dans le double regard médecin-puéricultrice. Cela est également intéressant dans les liens entre les soins primaires et secondaires qui pour certains utilisent la version longue (ADBB).

L'échelle est aussi utile à visée pédagogique pour les jeunes professionnels. Elle permet par ailleurs de donner des repères pour le suivi du développement du nourrisson pour les généralistes qui n'ont pas une activité pédiatrique importante.

Au total, plus de 92% des médecins interrogés considèrent que l'échelle M-ADBB apporte une contribution positive à leur pratique.

Notre étude témoigne d'une bonne validité d'apparence de cet outil. De plus, ces résultats sont comparables à ceux obtenus pour l'échelle ADBB, cela renforce leur transférabilité.

Toutefois il existe un biais de sélection significatif dans notre étude du fait de la non-participation d'un grand nombre de médecins libéraux sollicités (79%).

Des recherches ultérieures seraient nécessaires pour confirmer la fiabilité d'utilisation de l'outil après une présentation simple type *crash course* : accord inter-juges, nombre de faux positifs, faux négatifs.

Néanmoins, l'échelle M-ADBB est un moyen de sensibiliser les médecins généralistes à la problématique du retrait relationnel et de renforcer leur vigilance.

Cela est d'autant plus pertinent suite aux recommandations émises par la commission des 1000 jours et la HAS concernant les TND : il est recommandé aux médecins de première ligne de savoir repérer les signes d'appel et d'alerte des TND.

Au total, devant cet enjeu de santé publique, l'échelle M-ADBB par son format simple et sa validité d'apparence qui vient s'ajouter à une validité psychométrique déjà établie, pourrait être applicable dans la pratique des médecins généralistes exerçant en soins primaires et être envisagée dans une stratégie de dépistage du retrait relationnel.

Des pistes de diffusion de l'outil ont été suggérées durant les entretiens :

- Intégration aux formations médicales continues
- Élaborer un dépliant plus complet que le « mémo d'utilisation » avec des exemples de situations cliniques de retrait illustrées.
- Ajouter les items de la M-ADBB dans la trame du carnet de santé

Par la suite, il serait intéressant de savoir si une sensibilisation des médecins généralistes à l'échelle M-ADBB permet de mieux repérer les nourrissons nécessitant une orientation vers les Plateformes de Coordination et d'Orientation et pourrait être généralisée dans le dépistage de ces enfants et être alors utilisée comme test de repérage selon les recommandations de la HAS.

Bibliographie

1. Matthey S, Črnčec R, Hales A, Guedeney A. A Description of the Modified Alarm Distress Baby Scale (m-Adbb): An Instrument to Assess for Infant Social Withdrawal. *Infant Ment Health J.* 2013;34(6):602-9.
2. Guedeney A, Marchand-Martin L, Cote S, Larroque B. Perinatal risk factors and social withdrawal behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* avr 2012;21(4):185-91.
3. Dollberg D, Feldman R, Keren M, Guedeney A. Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant Ment Health J.* 5 juin 2006;27(3):292-309.
4. Picco M, Carel A. Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. *Psychiatr Enfant.* 2002;Vol. 45(1):171-205.
5. Guedeney A, Doleans MC, Huot-Marchand M. Le dépistage du retrait relationnel précoce en PMI. *Arch Pédiatrie.* 1 mai 2003;10:s131-3.
6. Guedeney A, Matthey S, Puura K. Social Withdrawal Behavior in Infancy: A History of the Concept and a Review of Published Studies Using the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Ment Health J.* 2013;34(6):516-31.
7. Guedeney A, Dumond C, Grasso F, Starakis N. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant Du concept à l'outil diagnostique. *médecine/sciences.* 1 nov 2004;20(11):1046-9.
8. Guedeney A. La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 févr 2005;53(1):32-5.
9. UMass Boston. Still Face Experiment: Dr. Edward Tronick [Internet]. 2009 [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>
10. Feldman R. Parent–Infant Synchrony: Biological Foundations and Developmental Outcomes. *Curr Dir Psychol Sci.* 1 déc 2007;16(6):340-5.
11. Braarud HC, Slinning K, Moe V, Smith L, Vannebo UT, Guedeney A, et al. Relation Between Social Withdrawal Symptoms in Full-Term and Premature Infants and Depressive Symptoms in Mothers: A Longitudinal Study. *Infant Ment Health J.* 11 déc 2013;34(6):532-41.
12. Cambonie G, Muller J-B, Ehlinger V, Roy J, Guédeney A, Lebeaux C, et al. Mother-infant interaction assessment at discharge and at 6 months in a French cohort of infants born very preterm: The OLIMPE study. *PLOS ONE.* 7 déc 2017;12(12):e0188942.
13. Guedeney A, Foucault C, Bougen E, Larroque B, Mentré F. Screening for risk factors of relational withdrawal behaviour in infants aged 14-18 months. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* mars 2008;23(2):150-5.
14. DC : 0-3 R. La classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance. *Medecine & Hygiene;* 2005. (Devenir).
15. Rosa ED, Curró V, Wendland J, Maulucci S, Maulucci ML, Giovanni LD. Propriétés psychométriques de l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) appliquée à 81 enfants italiens. *Devenir.* 2 sept 2010;Vol. 22(3):209-23.
16. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
17. Wendland J, Gautier A-C, Wolff M, Brisson J, Adrien J-L. Retrait relationnel et signes précoces d'autisme : étude préliminaire à partir de films familiaux. *Devenir.* 30 mars 2010;Vol. 22(1):51-72.
18. Puura K, Guedeney A, Mäntymaa M, Tamminen T. Detecting infants in need: Are complicated measures really necessary? *Infant Ment Health J.* 7 août 2007;28(4):409-21.
19. Matthey S, Guedeney A, Starakis N, Barnett B. Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB Scale and relationship to mother's mood. *Infant Ment Health J.* 9 oct 2005;26(5):442-58.
20. Hartley C, Pretorius K, Mohamed A, Laughton B, Madhi S, Cotton MF, et al. Maternal postpartum depression and infant social withdrawal among human immunodeficiency virus (HIV) positive mother-infant dyads. *Psychol Health Med.* mai 2010;15(3):278-87.
21. Mäntymaa M, Puura K, Luoma I, Kaukonen P, Salmelin RK, Tamminen T. Infants' social withdrawal and parents' mental health. *Infant Behav Dev.* déc 2008;31(4):606-13.
22. Burtchen N, Alvarez-Segura M, Mendelsohn AL, Dreyer BP, Castellanos FX, Catapano P, et al. Screening for Sustained Social Withdrawal Behaviors in Six-Month-Old Infants During Pediatric Primary Care Visits: Results from an at-Risk Latino Immigrant Sample with High Rates of Maternal Major Depressive Disorder. *Infant Ment Health J.* 2013;34(6):542-52.

23. Chkirate M, Mammad K, Chtabou G, O.t AA, Alaoui AM, Guédeney A. Validation marocaine de l'échelle Alarme détresse bébé (ADBB). Comparaison du niveau de retrait relationnel d'enfants élevés en pouponnière ou dans leur famille, et une réplique de l'étude de Spitz sur la dépression anaclitique. *Devenir*. 14 juin 2021;33(2):97-112.
24. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. 2020 sept.
25. Milne L, Greenway P, Guedeney A, Larroque B. Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behav Dev*. avr 2009;32(2):159-66.
26. Guedeney A, Forhan A, Larroque B, Agostini M de, Pingault J-B, Heude B, et al. Social Withdrawal Behaviour at One Year of Age Is Associated with Delays in Reaching Language Milestones in the EDEN Mother-Child Cohort Study. *PLOS ONE*. 8 juill 2016;11(7):e0158426.
27. Guedeney A, Pingault J-B, Thorr A, Larroque B. Social withdrawal at 1 year is associated with emotional and behavioural problems at 3 and 5 years: the Eden mother-child cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. déc 2014;23(12):1181-8.
28. Guédeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *Psychiatr Enfant*. 2001;Vol. 44(1):211-31.
29. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby scale. *Infant Ment Health J*. 2001;22(5):559-75.
30. Powell GF, Low J. Behavior in nonorganic failure to thrive. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. mars 1983;4(1):26-33.
31. Université de Sherbrooke. Psychométrie à l'UdeS [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca/validite>
32. Université Savoie Montblanc. Leçon de Psychométrie [Internet]. [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: https://www.psychometrie.jlroutin.fr/cours/aide_quizz.html
33. Lopes SCF, Ricas J, Mancini MC. Evaluation of the psychometrics properties of the alarm distress baby scale among 122 Brazilian children. *Infant Ment Health J*. 3 avr 2008;29(2):153-73.
34. Institut de Recherche et de Documentation Pédagogique. A propos de la Théorie de Réponse à l'Item [Internet]. Disponible sur: https://www.irdp.ch/data/secure/1952/document/TRI_DICHO.pdf
35. Egmo I, Smith-Nielsen J, Lange T, Stougaard M, Stuart AC, Guedeney A, et al. How to screen for social withdrawal in primary care: An evaluation of the alarm distress baby scale using item response theory. *Int J Nurs Stud Adv*. nov 2021;3:100038.
36. Columbia Public Health. Item Response Theory [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.publichealth.columbia.edu/research/population-health-methods/item-response-theory>
37. Puura K, Mäntymaa M, Luoma I, Kaukonen P, Guedeney A, Salmelin R, et al. Infants' social withdrawal symptoms assessed with a direct infant observation method in primary health care. *Infant Behav Dev*. 1 déc 2010;33(4):579-88.
38. Pérez Martínez C. Social withdrawal behavior in infants with cleft lip and palate: the psychological impact of the malformation on parents and on parents-infant relationship. 2017 [cité 16 juin 2021]; Disponible sur: <https://roderic.uv.es/handle/10550/63221>
39. Ulak M, Ranjitkar S, Shrestha M, Braarud HC, Chandyo RK, Shrestha L, et al. The Feasibility of the Full and Modified Versions of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB) and the Prevalence of Social Withdrawal in Infants in Nepal. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [cité 16 juin 2021];11. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.02025/full>
40. Institut de Recherche et de Documentation Pédagogique. Homogénéité. [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.irdp.ch/institut/homogeneite-consistance-interne-instrument-2112.html>
41. Guedeney A, Wendland J, Dugravier R, Saïas T, Tubach F, Welniarz B, et al. Impact of a Randomized Home-Visiting Trial on Infant Social Withdrawal in the Capedp Prevention Study. *Infant Ment Health J*. 11 déc 2013;34(6):594-601.
42. Matthey S, Črnčec R, Guedeney A. Modified Alarm Distress Baby Scale (M-ADBB) manual [Internet]. Scribd. 2005 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/288019912/M-ADBB>
43. Engberink AO, Badin M, Carbonnel F, Clary B, Serayet P, Pavageau S, et al. La recherche qualitative : une opportunité de repenser l'EBM. *Presse Médicale*. avr 2016;45(4):387-9.
44. Smith-Nielsen J, Lønfeldt N, Guedeney A, Væver MS. Implementation of the Alarm Distress Baby Scale as a universal screening instrument in primary care: feasibility, acceptability, and predictors of professionals' adherence to guidelines. *Int J Nurs Stud*. 1 mars 2018;79:104-13.
45. Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Fiche fonction du médecin de crèche [Internet].

Disponible sur:

http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/Corevih/corevih_solensi_m%C3%A9decinr%C3%A8che_21062019.pdf

46. Accueil | Réseau Périnatalité Occitanie [Internet]. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.perinatalite-occitanie.fr/>
47. Maternal Neglect and Recovery. 1960s case study of two girls: Nora and Sally [Internet]. 2022 [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=_Zz19OtgOhc
48. Kaufman J-C. L'entretien compréhensif. Vol. 4ème édition. Arman Colin; 2016.
49. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2021 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.scdi-montpellier.fr/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019.htm>
50. MG France. Cotation pratique du médecin généraliste. 2020.
51. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de démographie médicale 2021.
52. Haute Autorité de santé. Troubles du neurodéveloppement : repérage et orientation des enfants à risque. (Argumentaire scientifique). 2020 févr p. 226.
53. Haute Autorité de santé. Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque (Synthèse) [Internet]. 2020 [cité 23 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque
54. Délégation interministérielle, à la stratégie nationale pour l'autisme au sein, des troubles du neuro-développement. Grilles « Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans ». 2020.
55. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Annexes

Manuel d'utilisation M-ADBB

Appendix 1: M-ADBB SCALE (v.11)

MATTHEY, RN EC, & GUEDENY (2005).

(Derived from the Full ADBB Scale: Guedeny & Fermanian, 2001).

Reference as: Matthey, S., rñ ec, R., & Guedeny, A. (2005). *The Modified ADBB Scale (M-ADBB)*. Sydney South West Area Health Service, Sydney, Australia.

DATE: INFANT'S AGE: INFANT'S NAME:

EXAMINER: VENUE:

Each item is rated according to the following categories:

Satisfactory
Possible problem
Definite problem

This scale is best rated by the observer on the basis of his/her observations during the clinical interview. The clinician should try and socially engage the infant by smiling, chatting & touching him/her.

The rating is based on whether the infant demonstrates he/she has this behaviour in his/her repertoire throughout the examination – except for eye contact and relationship, which are rated only with reference to the infant's behaviour towards the clinician.

Don't rate any item if the infant spends nearly all the consult crying or is distressed.

1. FACIAL EXPRESSION: TOWARDS ANYONE

Observer assesses the extent of facial expressiveness throughout the examination. Do not include crying as a sign of facial expressiveness.

Satisfactory: Face shows some clear expressiveness, whether positive (e.g. smiling) or negative (e.g. grimacing)
Possible problem: Face shows limited expressiveness – but there is at least a hint of this (positive or negative).
Definite problem: No facial expressiveness; face appears fixed, frozen, or 'sad' for the whole period.

If scored as a possible or definite problem, is this behaviour different towards the parent and the clinician?

-Yes, different -No, not different Describe: _____

2. EYE CONTACT: TOWARDS CLINICIAN / OBSERVER ONLY

Observer assesses the nature of eye contact towards him/herself (clinician). As a rough 'rule of thumb', moderate eye contact means around 2 seconds; brief eye contact means about a second; and elusive or vague means less than a second.

Satisfactory: At least one episode of moderate duration eye contact together with several episodes of brief eye contact
Possible problem: Only 2 brief eye contact episodes, or just 1 moderate episode
Definite problem: If only 1 brief eye contact episode, or eye contact is vague, elusive or completely absent.

If scored as a possible or definite problem, is this behaviour different towards the parent and the clinician?

-Yes, different -No, not different Describe: _____

3. VOCALISATIONS: TOWARDS ANYONE

Observer assesses the amount of vocalisation expressing pleasure (cooing, laughing, babbling with consonant sounds, squealing with pleasure), but also lack of vocalisation expressing displeasure or pain (screaming or crying) throughout the examination.

- Satisfactory: At least a few brief vocalisations (non-crying), or one or two long non-crying vocalisations.
- Possible problem: Only a very few brief non-crying vocalisations; or if none of these, at least some screaming or crying in response to stimulation; or some substantial whimpers.
- Definite problem: Infant only occasionally whimpers only in response to stimulation, or there is a total absence of vocalisation.

If scored as a possible or definite problem, is this behaviour different towards the parent and the clinician?
-Yes, different -No, not different Describe: _____

4. ACTIVITY: TOWARDS ANYONE

Assess head, torso, and limb movement of the infant without taking into account hands and fingers activity, both spontaneously and in response to pleasant or unpleasant stimulation [note: reaching out for an offered toy is responding to stimulation, not spontaneous activity].

- Satisfactory: At least a moderate level of spontaneous activity, with a few head, torso, and limb motions.
- Possible problem: Very reduced level of spontaneous activity, very few head and limb movements; but responds to stimulation.
- Definite problem: No spontaneous activity, or very low level in response to stimulation.

If scored as a possible or definite problem, is this behaviour different towards the parent and the clinician?
-Yes, different -No, not different Describe: _____

5. RELATIONSHIP: TOWARDS CLINICIAN / OBSERVER ONLY

Observer assesses the infant's ability to engage in a relationship with him/her, or with anyone present in the room other than the infant's caretaker. Relationship is assessed through the infant's attitude towards others, visual contact, and reaction to stimulation and interaction.

- Satisfactory: Relationship at least moderately evident – either positive or negative
- Possible problem: Relationship seems tenuous or doubtful, or only seems to be evident when the infant is crying, struggling etc.
- Definite problem: No relationship evident – either positive or negative.

If scored as a possible or definite problem, is this behaviour different towards the parent and the clinician?
-Yes, different -No, not different Describe: _____

CLINICIAN CHARACTERISTICS

- Makes a good attempt to engage infant (much smiling, talking to the infant)
- Makes a fair attempt to engage infant (some smiling, talking to the infant)
- Makes a below average attempt to engage infant (little smiling, talking to the infant)

INFANT CHARACTERISTICS (that may affect the ratings)

- Infant appears to be tired
- Infant appears to be distressed throughout the consultation
- Other. Specify: _____

SUMMARY: # Satisfactory: ____; # Possible Problems: ____; # Definite Problems: ____

Grille de cotation ADBB et M-ADBB

ADBB

Date :/...../..... LIEU :

Nom de la personne qui cote : Profession :

ENFANT Nom : Prénom :

DDN :/...../..... Age en mois : | _____ | Fille Garçon

M-ADBB (Seuil = 3)			ADBB (Seuil = 5)		
	Ma cotation	Cotation groupe		Ma cotation	Cotation groupe
Expression Faciale	0	0	Expression Faciale	0	0
	1	1		1	1
	2	2		2	2
				3	3
			4	4	
Vocalisations	0	0	Vocalisations	0	0
	1	1		1	1
	2	2		2	2
				3	3
			4	4	
Activité Générale	0	0	Activité Générale	0	0
	1	1		1	1
	2	2		2	2
				3	3
			4	4	
			Vivacité de réponse	0	0
				1	1
				2	2
				3	3
			4	4	
Contact Visuel	0	0	Contact Visuel	0	0
	1	1		1	1
	2	2		2	2
				3	3
			4	4	
Relation	0	0	Relation	0	0
	1	1		1	1
	2	2		2	2
				3	3
			4	4	
Attractivité	0	0	Attractivité	0	0
	1	1		1	1
	2	2		2	2
				3	3
			4	4	
			Autostimulation	0	0
				1	1
				2	2
				3	3
			4	4	
TOTAL	=	=			
SCORE RETENU pour M-ADBB =			SCORE RETENU pour ADBB =		
<input type="checkbox"/> PAS DE RETRAIT RELATIONNEL (<3))			<input type="checkbox"/> PAS DE RETRAIT RELATIONNEL (<5)		
<input type="checkbox"/> RETRAIT RELATIONNEL POSSIBLE (≥ 3) <i>Faire la cotation avec la version longue ADBB</i>			<input type="checkbox"/> RETRAIT RELATIONNEL modéré (5-7)		
			<input type="checkbox"/> RETRAIT RELATIONNEL net (8-10)		
			<input type="checkbox"/> RETRAIT RELATIONNEL important (>10)		
<i>Items tempéramentaux (T)</i>			<i>Items relationnels (R)</i>		<i>Items T ou R</i>

Outil pour cotation M-ADBB et ADBB. Renée-Pierre DUPUY, Pédiatre, Réseau Grandir en LR Mai 2018

Diaporama du crash course

L'échelle M-ADBB

Repérage du retrait relationnel précoce

**Applicabilité de l'échelle M-ADBB
par les médecins généralistes en soins primaires.**

Cécile CAREL, Dr Isabelle SOUKSI
Pr Antoine GUEDENEY

Construction de l'échelle ADBB puis de la M-ADBB.

"Alarme détresse bébé"

[Dépistage du retrait relationnel des nourrissons](#) (2 mois et 24 mois).
Outil simple et efficace pour les professionnels de santé.

ADBB, fin des 90's :

Pr Antoine GUEDENEY (pédopsychiatre AP-HP)
et Jacques FERMANIAN (biostatisticien AP-HP).

M-ADBB ("modify-ADBB"), 2013 :

MATTHEY, CRNEC (psychologues cliniciens université de Sydney)
et GUEDENEY.

Retrait relationnel du nourrisson : définition

Mode de régulation de l'interaction par le bébé (Brazelton)
Adaptation à une situation difficile : signal d'alarme.

Mécanisme de défense sur le court terme. (ex : [still face](#))

Pathologique et coûteux pour le développement s'il est durable.

C'est **un ensemble de signes** qui peuvent passer inaperçus lors de
l'examen clinique des tout petits si l'on n'y est pas sensibilisé.

Retrait relationnel :

Un signal d'alarme important, qui permet le repérage de troubles somatiques et psychologiques.

Les causes

- **Trouble de l'interaction parentale avec le bébé :**
 - dépression maternelle
 - carence affective / intrusive
- **Trouble organique :**
 - Déficit sensoriel (vue, audition)
 - Douleur chronique (RGO)
 - Syndrome d'alcoolisation fœtale
 - Syndromes génétiques
 - TSA
- **Mixte :**
 - prématurité

Les conséquences

- **Trouble du neurodéveloppement :**
 - trouble du développement socio-émotionnel
 - trouble de l'attachement
 - trouble du comportement
 - trouble du langage
 - trouble de l'attention
 -

L'échelle ADBB

- **Expression faciale**
- **Contact visuel**
- **Activité générale**
- **Autostimulation**
- **Vocalisations**
- **Vivacité de la réaction**
- **Relation**
- **Attractivité**

Quotation (/5) :

- 0 normal
- 4 massivement anormal

Score ≥ 5 : retrait relationnel
(sous réserve de réévaluation)

Sensibilité : 0,82
Spécificité : 0,78

Tempéramentaux / Relationnels / Mixtes

L'échelle M-ADBB (Modifiée)

- **Expression faciale**
- **Contact visuel**
- **Activité générale**
- **Vocalisations**
- **Relation**

• Quotation (/3) :

- 0 satisfaisant
- 1 problème possible
- 2 problème certain

(Vocalisation : 0 ou 1)

Score ≥ 2 : retrait relationnel
(sous réserve réévaluation)

Tempéramentaux / Relationnels
(mineur) / (majeur)

Coefficient de corrélation : 0,72
Cohérence interne α : 0,8

Acceptabilité ADBB programme universel dépistage soins primaires

Contexte : Etude danoise, inclusion d'une évaluation **ADBB** au programme de suivi pédiatrique déjà établi, réalisé par des infirmiers spécialisés sur des visites à domicile d'1h.

- **ADBB contribue positivement à ma pratique : 91.5 % d'accord**
 - accroît mes compétences pour évaluer le retrait relationnel des nourrissons (54%)
 - facilite la communication avec les parents (39%)
 - fournit un cadre de références mutuelles et promeut une identité professionnelle (16%)
 - augmente et maintient l'attention sur le développement socioémotionnel des enfants (10%)
- **Contribution positive mais un exercice difficile : 78% d'accord**
 - chronophage (41%)
 - peut compliquer la communication et / ou inquiéter les parents (29%)
 - quotation incertaine (et problématique des enfants fatigués) (26%)
- **ADBB est pénible et décroît satisfaction au travail : 78% pas d'accord**

+ Quelques retours des médecins du premier groupe (formé à l'échelle) étaient évoqués.

Parallèle ADBB / M-ADBB

ADBB (0,1, 2, 3 ou 4)	Seuil : 5	M-ADBB (0, 1, ou 2)	Seuil : 2
Expression faciale		Expression faciale	
Contact oculaire		Contact oculaire	
Activité générale		Activité générale	
Autostimulation			
Vocalisations		Vocalisations	
Vivacité réaction			
Relation		Relation	
Attractivité			
Total :		Total :	

L'échelle M-ADBB semble pouvoir s'appliquer à un usage "in-vivo", en consultation de routine, pour un dépistage systématique.

[Données anonymisées pour mise en ligne]

Expression faciale

Expressivité du visage

- 2 mois : 3 émotions
- 7 mois : 7 émotions

Contact visuel avec vous

Facilité à obtenir
et à maintenir
un contact oculaire.

[Données anonymisées pour mise en ligne]

Activité générale

Mouvements de la tête et
des membres.

Mouvements spontanés ou
après stimulation

[Données anonymisées pour mise en ligne]

Vocalisations

Quantité +++

Qualité : plaisir / déplaisir



/\ Que deux réponses possibles : 0 ou 1

Relation avec vous.

Acceptation de l'engagement dans la relation et son maintien.
Prise d'initiative ?

Réactions miroirs

La peur de l'étranger est une relation.
Ne pas confondre avec le tempérament (timidité).

[[Données anonymisées pour mise en ligne]]

Quand utiliser l'échelle M-ADBB ?

Enfants de **2 à 24 mois**. Age corrigé pour les prématurés.

On ne peut pas l'utiliser, temporairement, en cas de :

- Maladie aiguë
- Pleurs ou cris constants
- Sommeil
- Faim
- Couche sale

Dans ces cas l'évaluation n'est pas fiable.

Conseils pour une utilisation optimale :

- L'observation doit durer **entre 10 à 15 min**, dans une **situation structurée** permettant au mieux la comparaison entre les enfants.
Se prête donc bien à **l'examen clinique du nourrisson** et au contexte de **consultation de suivi**.
- L'échelle est une aide à l'observation.
Examiner l'enfant comme d'habitude, avoir en tête les 5 items.
Eventuellement usage de la vidéo (avec accord parental).
- Evaluation sur **l'ensemble de l'examen**, le score est une moyenne.
Fonction de ce que l'on attend du bébé à tel âge, dans cette situation.
Il est essentiel de retenir son jugement jusqu'à la fin de l'examen, et de ne pas chercher à constamment confirmer son impression première.

Quelques pièges :

- Un enfant lent à se mettre en route.
- Un enfant toujours sur le même registre.

- Tempérament timide
- Peur de l'étranger

- Biais des données que l'on a sur cet enfant et son contexte.
- Faire la part des choses avec un éventuel retard psychomoteur

Mise en évidence d'un retrait relationnel ?

- **En cas de score ≥ 2 il faut réitérer l'évaluation 2 semaines plus tard pour confirmer l'existence d'un retrait relationnel.**

- Si le retrait est établi par une 2ème évaluation :
 - établir un suivi ou une prise en charge adaptée
 - essayer d'établir un hypothèse étiologique
 - vérifier si le retrait est spécifique à une relation ou généralisé

“Mémo d'utilisation”

REPÉRAGE DU RETRAIT RELATIONNEL PRÉCOCE

ECHELLE M-ADBB

A. GUEDENEY & S. MATTHEY



EXPRESSION FACIALE

Expressivité du visage

2 mois : 3 émotions
7 mois : 7 émotions



CONTACT VISUEL

Facilité
à obtenir et à maintenir
un contact oculaire avec vous.



ACTIVITÉ GÉNÉRALE

Mouvements de la tête
et des membres.

Mouvements spontanés ou
après stimulation



VOCALISATIONS

Quantité essentiellement

Qualité : plaisir / déplaisir



RELATION

Acceptation de l'engagement
dans la relation avec vous
et son maintien.
Prise d'initiative ?

SCORE ≥ 2 : RETRAIT RELATIONNEL

Sous réserve d'une réévaluation

MÉMO D'UTILISATION

Quand ?

Entre 2 et 24 mois (âge corrigé si prématuré).
Idéalement : consultation de suivi.
Temporairement inutilisable si : maladie aiguë,
pleurs constants, sommeil, faim, couche sale.

Comment ?

Examen clinique habituel, standardisé, 10 min.
Aide à l'observation.
Evaluation sur l'ensemble de l'examen.

Le Score

0 : satisfaisant

1 : problème possible

2 : problème certain

⚠️ Vocalisations : 0 ou 1

- "indulgence" pour les **items tempéramentaux**
- "rigueur" pour les **items relationnels**

Retrait relationnel ≥ 2
sous réserve d'une réévaluation

Les Pièges

- Un enfant lent à se mettre en route.
- Un enfant toujours sur le même registre.
- Tempérament timide.
- La peur de l'étranger.
- Biais des données que l'on a sur cet enfant et son contexte.

Questionnaire des caractéristiques des participants

Etes-vous : un homme, une femme ?

Année d'obtention de votre doctorat ?

Dans quel type de structure exercez-vous ?

cabinet libéral / PMI / crèche

Localisation de votre lieu d'exercice ?

urbain / semi-rural / rural

Avez-vous une / des formations complémentaires à la médecine générale ? (ex : capacité, DU...)

Fréquence approximative de consultations pédiatriques concernant des enfants de 0 à 24 mois :

- Rarement, je ne vois pas de nourrisson tous les jours
- Parfois, quelques nourrissons par semaine
- Souvent, quelques nourrissons tous les jours
- Très souvent, il s'agit de ma patientèle principale

A présent, pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour détecter les enfants ayant un développement socio émotionnel à risque ?

entre 1 (pas du tout) et 4 (totalement)

Avez-vous déjà reçu une formation à l'échelle ADBB ou M-ADBB ?

oui *

non **

* Si "oui" était coché, la question suivante apparaissait :

En quelle année avez-vous reçu la formation ADBB ?

** Si "non" était coché, la question suivante apparaissait :

Selon vous, qu'est-ce que le retrait relationnel du nourrisson ? (en quelques mots)

Tableaux des caractéristiques des participants propres à chaque groupe

Groupe 1 (formé M-ADBB)	N	%	Moyenne	Médiane	Min	Max
Total :	13					
Genre : - féminin - masculin	12 1	92 % 8 %				
Année de thèse :			1998	1996	2015	1987
Durée de carrière : - < 10 ans - 10 - 20 ans - 20 - 30 ans - > 30 ans	2 3 3 5	15 % 23 % 23 % 38 %				
Lieu d'exercice : - urbain - semi-rural - rural	6 4 3	46 % 31 % 23 %				
Type d'exercice : - PMI - cabinet libéral - crèche	12 0 1	92 % 0 % 8 %				
Activité pédiatrique : - rarement - parfois / hebdomadaire - souvent / quotidien - très souvent / patientèle principale	1 3 1 8	8 % 23 % 8 % 62 %				

Groupe 2 (ont suivi le crash course)	N	%	Moyenne	Médiane	Min	Max
Total :	14					
Genre : - féminin - masculin	12 2	86 % 14 %				
Année de thèse :			1997.7	1995.5	2021	1983
Durée de carrière : - < 10 ans - 10 - 20 ans - 20 - 30 ans - > 30 ans	2 3 3 6	14 % 21 % 21 % 43 %				
Lieu d'exercice : - urbain - semi-rural - rural	6 7 1	43 % 50 % 7 %				
Type d'exercice : - PMI - cabinet libéral - crèche	9 5 1	64 % 36 % 7 %				
Activité pédiatrique : - rarement - parfois / hebdomadaire - souvent / quotidien - très souvent / patientèle principale	0 3 1 10	0 % 21 % 7 % 71 %				

Verbatims du premier groupe

➤ Médecin 1

1) Que dirais-tu du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Alors, je pense qu'il faut quand même avoir participé à au moins une formation avec des vidéos, pour avoir une idée de ce que veut dire : "expression faciale", "vocalisations". Autrement même avec une notice explicative, avec les vidéos c'est beaucoup plus parlant et efficient.

Juste avec le papier ce n'est pas suffisant, il faut des vidéos pour illustrer tout ça ?

Moi je trouve.

Penses-tu que l'apprentissage nécessite beaucoup de temps ?

Je pense qu'il faut minimum une demi-journée.

La formation s'est-elle arrêtée à la fin de la présentation du Pr Guedeney où t'es-tu autoformée par la suite ? *Oui, après j'ai relu les documents et avec ma collègue puéricultrice nous avons regardé à nouveau les documents pour être sûres de faire au mieux.*

Et, est-ce qu'avec un peu de pratique tu te perfectionnes, tu es plus à l'aise, les items sont plus clairs ?

Oui.

2) Dans ta pratique quotidienne, quel est ton usage de cette échelle ?

Je ne le fais pas en systématique. Parce que, d'abord, je pose des questions aux parents, les antécédents de l'enfant, etc. Je regarde comment il est au cours de la consultation, dans les bras de son père, de sa mère, etc... Après, s'il me semble qu'il y a des difficultés relationnelles du bébé, je fais une échelle M-ADBB. Peut-être pas à cette consultation-là. J'essaye de mémoriser ce que j'ai considéré comme signe d'alerte chez l'enfant et je le fais à la consultation suivante.

C'est plutôt la M-ADBB que tu utilises plutôt que l'ADBB ?

Oui.

Pourquoi la M plutôt que l'ADBB ?

C'est vrai que pour certains enfants que je peux voir assez longtemps en consultation, pour ces enfants-là j'utilise l'ADBB, mais ce n'est pas la majorité des cas. En consultation courante, j'utilise plutôt la M-ADBB.

Tu utilises l'échelle telle quelle comme on l'a appris ou tu te la réarrange à ta façon ?

Non non.

Tu utilises le film ?

Ca nous est arrivé, je dis bien "nous est arrivé" car à ce moment-là on est plutôt deux. Ca nous est arrivé deux fois. Car quand même, ça demande du temps, il faut prévoir un temps plus long. C'est pas en pratique courante.

Ces films c'étaient pour des situations qui vous interpellaient un peu plus ? *Oui oui.*

C'était les fois où vous avez fait l'ADBB ? *C'était les fois où on avait fait l'ADBB plutôt.*

Donc en pratique, M-ADBB c'est plutôt sans vidéo ? *Oui c'est ça.*

Et, est ce que tu laisses une trace dans le dossier du score que tu retrouves ?

Oui parce que j'ai fait des photocopies de la grille et que je laisse dans le dossier.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à ta pratique ?

Ça m'a permis d'avoir une échelle de gradation. Quand on a l'impression qu'il y a des difficultés relationnelles dans les interactions, etc, pour un bébé, c'est vrai que là ça nous permet de quantifier, c'est plus précis. Ça donne une précision, de quantifier un ressenti qu'on peut avoir.

Est-ce que ça t'avais appris de nouvelles choses ou est-ce qu'avec ta formation pédiatrique c'était quand même quelque chose que tu connaissais bien, ou tu étais déjà sensible avant ?

Il y a des choses par exemple : le contact visuel, j'y faisais toujours attention. Peut-être que je faisais un petit peu moins attention à l'expression faciale. L'activité générale aussi j'y faisais attention, la motricité spontanée si elle est harmonieuse, spontanée, etc. Par contre sur l'expression faciale j'y faisais moins attention. Les vocalisations en cours de consultation, j'avais plutôt tendance à demander aux parents, est ce qu'il fait "areuh"? J'étais moins en attente de vocalisations au cours de la

consultation. Donc je pense que ça a affiné mon observation sur certains items.

Est-ce que ça t'a changé ta façon de suivre les enfants ?

Être plus attentif à certains items, oui je pense.

Et la prise en charge ? Suite à une évaluation ADBB ? Est-ce que le fait d'avoir objectivé un retrait relationnel et ce que ça a déclenché une prise en charge différente que si tu avais juste eu une impression ?

Une prise en charge peut être plus rapide oui. En disant aux parents "attention", etc. Et puis essayer de creuser un petit peu "pourquoi cet enfant est en retrait" ?

C'est vrai que la plupart du temps, les enfants qu'on a eu en retrait relationnel, c'était souvent lié à des problématiques maternelles : des mamans déprimées... Donc ça nous permettait aussi de rebondir sur l'état de santé psychique de la maman, des baby blues...

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans ta pratique ?

Un frein oui c'est que ça demande quand même un peu plus de temps car on a déjà beaucoup de choses à voir au moment de la consultation. Quand on prend le temps de faire ça. Je pense quand même que c'est bon d'être à deux, j'ai la chance de travailler avec une puéricultrice, de croiser nos scores. Un peu comme on avait fait à la formation, les scores individuels qu'on avait donnés n'étaient pas toujours à peu près les mêmes que le groupe, c'est quand même des fois des signes un peu subjectifs.

Est-ce que tu expliques aux parents que tu fais cette échelle ou c'est une réflexion que tu gardes pour toi ? Est-ce que le regard des parents peut être un obstacle ?

Alors, oui ça m'arrive de leur dire que j'utilise l'échelle ou pas particulièrement que j'utilise l'échelle mais que je trouve qu'il vocalise pas beaucoup, qu'il regarde en l'air... Je ne donne pas des précisions très techniques. Plutôt leur dire que l'enfant ne regarde pas trop, qu'il fait pas trop de "areuh", qu'il bouge pas trop, qu'il est dans son monde... Alors après c'est vrai que peut être ça pourrait le fait de coter, de dire "il est à 3, à 4", je ne sais pas si ce serait très parlant pour les parents.

Donc pour toi le regard des parents n'est donc pas un problème ? Non.

5) De façon globale, penses-tu que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Alors en pédiatrie je dirais oui. En médecine générale, oui aussi, si c'est un médecin qui fait vraiment du suivi pédiatrique. Ça dépend de l'exercice pédiatrique du médecin. Il y a des médecins généralistes qui sont très pertinents et très performants sur l'observation des bébés. Il y en a d'autres qui vont être plus sur les vaccinations, l'examen somatique, et peut être un peu moins pertinent sur l'examen psychomoteur. Sans jugement. Tout dépend de la pratique et du temps passé, et du contexte dans lequel tu vois l'enfant. Car c'est vrai que si tu vois l'enfant avec une otite et qu'il a 40 de fièvre, c'est pas le moment de faire ce genre de chose car ce ne sera pas du tout pertinent. Donc tout dépend du contexte dans lequel tu vois l'enfant. Si vraiment tu fais une visite médicale, que ce soit par un généraliste ou un pédiatre pour suivre le développement de l'enfant, là oui c'est pertinent. Maintenant si c'est juste pour mettre un coup de stétho, le peser, le mesurer et faire les vaccins, ça me semble insuffisant en temps de consultation et d'observation surtout.

Car justement, un médecin qui ne serait pas formé à ça et ne porterait pas son attention sur la communication des nourrissons, est ce que à ton avis, mais j'ai l'impression par rapport à ce que tu m'avais répondu à la première question, que leur présenter l'échelle M-ADBB et porter cet outil à leur connaissance, ça serait insuffisant car tu disais il faut quand même un certain temps et s'y pencher dessus pour vraiment se l'approprier?

En même temps, ça peut aussi les alerter. Ça peut aussi leur dire "attention c'est important les interactions de l'enfants". Il y en a qui sont assez sensibilisés à ça, d'autres bon... Peut-être par manque de temps. Tout dépend de la pratique et du contexte dans lequel tu vois l'enfant. Parce que, au niveau des cotations de médecine générale, les examens obligatoires chez l'enfants, la cotation est un peu supérieure ? 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois ? Mais c'est vrai, que 9ème mois et 24ème mois ça fait un peu tard quand même, si vraiment il y a un retrait relationnel précoce. Après il y a la cotation des enfants de moins de 6 ans qui est à 30€. Il était question à un moment d'augmenter le tarif car tu mets plus de temps à examiner un enfant qu'un adulte. C'est vrai que c'est assez compliqué, il faut attendre que l'enfant se calme, des fois ils sont pas très réceptifs.

Quelque chose à ajouter ?

A titre personnel, moi ça m'irait bien une piqûre de rappel d'une demi-journée ou d'une journée, pour qu'on fasse une petite évaluation, comme on est en train de faire, de la pratique qu'on en a, de refaire des vidéos. Quand on a fait la formation, ça

vaut le coup de se repencher sur des choses vraiment techniques, re-réfléchir aux choses.. Moi ça me dirait bien.
Car on a tendance à oublier avec le temps ou c'est la crainte de dévier des items ?
Crainte de dévier des items.

➤ Médecin 2

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

J'ai trouvé ça difficile, les jours de formation ont été bénéfiques mais ça m'a demandé beaucoup de mobilisation, beaucoup de concentration. De revoir beaucoup de vidéos. J'étais pas toujours d'accord avec ce qui avait pu être mis. Et j'ai trouvé ça difficile, d'aborder, d'appréhender ça alors que j'ai déjà la formation sur la sensori-motricité qui aborde aussi des choses qui sont très subtiles à comprendre, qu'on n'apprend pas dans nos études, dans notre parcours, ni dans le DU pédiatrie générale que j'ai fait. J'ai trouvé ça plus difficile, d'ailleurs, je pense que l'ADBB est la formation la plus difficile que j'ai eu depuis que j'ai eu, je ne parle pas des études de médecine, mais dans mon poste de médecin de PMI où j'ai eu la chance d'avoir beaucoup de formation et c'est vraiment celle que j'ai trouvée la plus difficile.

Au premier abord les items paraissent très simples, parce qu'on a l'habitude de faire du développement, on se dit ça va être très simple. Mais c'est la cotation et le fait que ça fasse appel à un peu de subjectivité que c'était très difficile de l'appréhender et je pense qu'il faut beaucoup de pratique. On a eu de la chance d'avoir cette formation, mais il faudrait encore plus de séances. Mais c'est déjà super qu'on soit formés.

Et est-ce que justement la M-ADBB, le fait qu'elle soit plus facile à coter (1, 2 ou 3) est ce que ça la rend plus abordable ?

Non, moi ça me paraît pas, non.

Donc ça vous paraît chronophage, il me semble que c'est ce que vous dites entre les lignes ?

Moi ça ne m'a pas dérangé d'utiliser ce temps, mais oui il faut l'avoir. Mais oui je trouve que pour bien l'appréhender il faudrait l'augmenter ou plus exactement c'est qu'il avait dit et ce que mes collègues font et faisaient déjà avant sur le groupe de Sète et on n'a pas pu s'y greffer avec le confinement, etc, c'était compliqué. C'est refaire des réunions entre nous et des vidéos et coter. En fait il faut pratiquer l'ADBB. C'est sûr que la formation ça peut suffire, mais il faut la pratiquer.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

Alors, j'en n'ai pas de vrai usage, c'est à dire que je ne fais pas de vidéo, ni de cotation. Parce que j'ai eu très peu de cas où c'était nécessaire de le faire et surtout, l'utilisation que j'en ai c'est ma manière d'observer les enfants, de regarder les enfants. Comme la sensori-motricité, je ne vais pas faire un examen sensori-moteur mais je vais être beaucoup plus sensible à un enfant qui a une irritabilité sensorielle, un trouble de l'oralité... Je vais tout de suite le percevoir. Percevoir les facteurs de risque quand il y en a, etc. L'ADBB c'est pareil, dès qu'on a une situation de grossesse ou de post partum qui est très délicate, qu'on a une histoire lourde pour la maman, ça va m'orienter quand je vais observer l'enfant. C'est à dire que chez l'enfant je vais observer des particularités que je n'aurais pas observé avant d'avoir fait cette formation. Et le fait qu'il y ait des facteurs de risque vont m'aider aussi à me conforter. Après l'idéal serait bien sûr de filmer. Mais mes collègues puéricultrices ne sont pas toutes formées, notamment celle qui est en binôme avec moi. L'enfant pour lequel j'avais vraiment voulu qu'on fasse une vidéo, une cotation, etc. Ce n'était pas sur mon secteur, c'était un enfant où je dépannais. Et il s'est avéré qu'après avec les autres intervenants il était totalement différent, donc mon inquiétude elle a été à un instant T et vis à vis de moi et un peu des parents aussi, enfin dans mon observation dans sa relation avec moi et avec les parents, là j'avais demandé à des collègues de filmer parce que sincèrement ça m'interpellait et que c'est une situation de protection. Et on ne m'a même pas montré la vidéo tellement elle n'était pas contributive. Par la suite cet enfant j'ai continué de le voir et je n'ai plus aucune inquiétude.

Après il y a eu peut-être une ou deux fois d'autres enfants mais pareil pas à aller jusqu'à la vidéo. Et dans ma patientèle il y a beaucoup d'enfants migrants et de parents qui ne parlent pas français, une grosse partie de ma patientèle et c'est difficile d'organiser les vidéos. J'ai pas eu de situation qui me faisait suffisamment peur pour mettre en place la vidéo. Parce que sans vidéo on ne peut pas faire de cotation réelle.

Donc si je résume, vous avez un regard qui prend en compte ce que vous avez appris à la formation, si vraiment il y avait un problème vous souhaiteriez aller à la vidéo. Pour faire une vraie cotation vous ne l'envisagez pas sans vidéo. Même si c'est M-ADBB et pas ADBB "longue" ?

Oui parce qu'on m'a dit qu'il fallait filmer. Et que je pouvais pas faire d'ADBB ou M-ADBB sans réellement filmer. Je me fais une idée, mais une vraie vraie cotation, il faut que je regarde.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

Au repérage du retrait relationnel. Pour moi le retrait relationnel c'est un signal d'alarme. C'est à dire qu'on peut avoir un développement psychomoteur pas inquiétant dans l'ordre des choses, qui répond bien au tableau de développement, même s'il y a un manque de stimulation, rien qui m'inquiète plus que de mettre peut-être un peu de kiné (si il y a une assurance maladie car j'ai aussi ce problème là). C'est un signal d'alarme sur la relation, notamment aussi quand les avis sont un peu mitigés, quand la puer a vu des choses puis après elle a vu d'autres choses à domicile comme le manque de stimulation. C'est révélateur aussi de certaines situations, il y a des enfants qui dans certaines situations vont se mettre en retrait et pas dans d'autres. Moi en plus en consultation, j'ai l'habitude, je suis assez douce, je communique beaucoup, quel que soit l'âge de l'enfant je communique énormément, c'est une intrusion, c'est une agression quand même pour eux l'examen et après de finir par les vaccins. Si c'est un enfant qui n'a pas l'habitude à qui on ne parle pas, on n'explique pas, selon ses difficultés, s'il est toujours en train de s'adapter, etc. Il ne vit pas forcément la consult de manière très, voilà. Donc oui ça a vraiment changé ma manière d'examiner un enfant et d'observer un enfant, et c'est très utile, ça m'aide.

Est-ce que ça a pu modifier votre façon de suivre un enfant ? ou de le prendre en charge ?

Oui clairement. Par rapport au signal d'alarme. Un enfant qui pouvait ne pas m'inquiéter sur son développement, sa sensori-motricité, maintenant il peut m'inquiéter sur un retrait. Ou même pas sur un retrait franc ou même pas forcément m'inquiéter, mais je me mets dans un petit coin "à la dans cette situation, il réagit de telle manière", ce que peut-être il est brusqué dans certaines situations à la maison aussi... Sur l'adaptation du nourrisson, ça m'a appris, et aussi sur ses compétences psychologiques.

Du coup si quelque chose vous inquiète vous allez le revoir plus rapidement ?

Déjà moi je les vois assez régulièrement, je les vois tous les mois. Contrairement à un pédiatre qui ne va pas les voir entre 6 et 9 mois. Moi selon des situations très précaires, des problèmes de courbes de croissance, etc... Je les vois au minimum une fois entre 6 et 9 mois, et après je les vois et à 6 et à 9, et je les vois à 7. Et depuis la naissance je les vois tous les mois. Je les vois quand même très régulièrement, c'est juste que je vais me mettre une petite note et de me dire de réévaluer la fois d'après sur ce qui m'a interpellé.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

La vidéo. Le manque de temps. Là on est chronophage. Ça veut dire le faire revenir une autre fois, s'organiser différemment. Expliquer aux parents. Des fois il y a la barrière de la langue, c'est compliqué d'expliquer avec la barrière de la langue mais en plus leur expliquer ce genre de chose là : l'enfant ne vous regarde pas ou ne me regarde pas, tourne la tête, etc... C'est mettre à mal leur compétence parentale et en PMI c'est délicat. J'ai pas encore la maturité professionnelle d'aborder les choses de manière la plus délicate possible.

Et, vous l'avez un peu dit tout à l'heure, l'interprétation, la cotation des items est assez délicate ? Est ce que vous avez une incertitude de votre score ?

Je pense que ça ne se fait pas tout seul. C'est à dire que moi je peux faire toute seule mais il faut que je le mette en commun avec une autre personne, une puéricultrice qui a fait la formation et qui connaît l'enfant, avec quelqu'un qui connaît aussi l'enfant. Alors c'est vrai, nous on a été formés sur des enfants qu'on ne connaissait pas, mais moi je trouve que pour que ça nous apporte quelque chose dans la prise en charge c'est que c'est forcément sur un enfant qu'on connaît. Même si on peut le faire dès le premier jour chez un enfant qu'on ne connaît pas. Mais en PMI c'est rare qu'on parte de 0. On a une liaison qui nous a été faite de toute façon, on connaît au minimum un peu l'histoire maternelle.

5) De façon globale, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Alors moi je suis médecin généraliste mais je ne suis pas médecin généraliste, j'exerce en PMI, j'ai un confort de consultation, de spécialisation dans le développement, qu'en cabinet il n'est pas possible à l'heure actuelle d'avoir. A moins d'aménager son temps, de le passer à se former. Déjà une consultation de développement, en cabinet de médecine générale, c'est compliqué, une vraie consult de développement. On n'a pas de puéricultrice, donc il faut passer tout ce qui est l'alimentation, le sommeil, la guidance parentale, plus l'examen de développement, rajouter derrière ça une ADBB il faut le revoir à part, faut se donner le temps, ça ne peut être fait sur une et même consultation, ça ne peut pas être fait sur un premier contact en cabinet de

médecine libérale, pour avoir fait 18 mois de libéral.

Pour un médecin de PMI c'est totalement adapté.

C'est vrai que c'est ma réponse de mon expérience en libéral qui, même si elle fut courte, je ne vois pas comment l'intégrer, à moins d'adapter sa pratique. C'est-à-dire : voilà ce matin, je vois que des enfants et j'en vois un par heure ou 40 min. Mais au milieu d'une journée de consult, non l'ADBB non, clairement non.

Après moi en PMI, oui, mais pareil, pas sur mon temps de consultation. Alors sur mon petit œil d'observateur oui, mais pour faire une vraie ADBB, il faudra que je reconvoque l'enfant sur une session particulière. Après, parce que je veux faire les choses le mieux possible et que voilà.

Et ça même si on prend l'échelle M-ADBB qui est plus courte et plus facile à coter ?

Oui parce que c'est toujours pareil, ça se cote avec une vidéo. Et que c'est le temps de filmer, d'expliquer aux parents. Et tout ce que j'ai d'autre à faire à côté en fait.

➤ Médecin 3

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Euh les difficultés... Il faudrait que je reprenne... C'est un petit peu loin, mais de ce que je me souviens, c'est un peu les circonstances aussi du film, de comment on fait le film. Déjà du point de vue technique. Comment on fait ? L'accord des parents. Comment on le justifie auprès des parents sans trop les inquiéter. Qu'est-ce qu'on fait. C'est au cours de l'examen... Voilà. Bien redéfinir comment on fait ce film. Comment on présente aux parents. Et les conditions de l'examen.

Et la clarté de chaque item ? Chaque item vous a-t-il été facile à comprendre ? Et à coter ensuite ?

Non, non. Chaque item, moi personnellement, il faut toujours que je me réfère un peu à la grille. Mais c'est pour ça qu'avec ma collègue on s'était dit qu'il faut vraiment qu'on puisse en faire régulièrement. Parce que c'est comme tout, on fait des formations et après hop, on oublie... On parle bien de la M-ADBB ?

Oui, après vous pouvez faire le parallèle avec l'ADBB.

Après je sais que classiquement, il y avait aussi le fait de se dire qu'il ne faut pas faire le lien avec le développement psychomoteur du bébé. C'était vraiment : on analyse le retrait.

C'est vrai que c'était important aussi de relire la fiche qui cote. Il faut vraiment l'avoir sous la main. Nous on n'avait pas un niveau d'utilisation qui permettait vraiment de faire sans.

Et donc vous diriez que c'est assez chronophage ?

C'est-à-dire que si on veut vraiment, je dirais oui. Si on veut le faire régulièrement et correctement c'est chronophage. Et en tout cas nous ça nous paraissait intéressant de le faire en groupe.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de la M-ADBB échelle ?

Maintenant, c'est 0. Avec le confinement on n'a pas du tout maintenu les séances ADBB de groupe en 2020. En tant que chef de service, dès que le confinement sera terminé, j'essaie d'organiser entre 3 et 4 réunions par an en réunissant des personnes formées ou pas à l'ADBB, pour sensibiliser à l'observation des bébés.

Mais en tant que médecin PMI, moi, à l'époque, c'était vraiment pour pouvoir affiner mon observation et partager avec d'autres des observations de bébé que j'avais.

Vous faisiez une évaluation ADBB systématiquement ou chez un enfant pour lequel vous aviez un doute ?

Pas du tout systématiquement. C'était un enfant pour lequel on avait une inquiétude.

Et vous utilisiez plutôt la M que l'ADBB ? Les deux.

Pourquoi les deux ?

Les deux c'est vrai que dans la 2ème il y a le côté vivacité de la réponse, les gestes d'autostimulation et le côté attractivité c'est intéressant aussi. Ce que disait Antoine Guedeney, c'est-à-dire : est-ce qu'on s'ennuie pendant cet examen ou pas ? Ça donne quelque chose d'assez... Par contre l'attractivité je trouve que ça va vite. La M-ADBB ou l'ADBB finalement, on affine avec l'ADBB. Les items qui s'ajoutent sont finalement assez rapides à coter. L'autostimulation, bon voilà on peut la retrouver. La vivacité de la réponse aussi, et l'attractivité aussi. Ça ne rajoute pas... Parce que finalement quand on réfléchit aux 5 items de la M-ADBB, après ça, voilà. Bon il faut réaffirmer dans une échelle de 0-4 mais les 3 autres items ça ne prend pas beaucoup de temps.

Et à chaque fois est ce que vous utilisiez un film ?

Oui toujours. On utilisait des films qui venaient soit de XX, la pédopsy, soit moi, soit une autre collègue médecin PMI.

En fait vous revoyez les films au cours de ces séances que vous organisez ? *Oui c'est ça.*

Et est-ce que vous laissiez dans le dossier une trace du score que vous trouviez ?

Oui, mais une trace en info, au crayon de papier.

Alors il faut savoir que, moi je n'ai pas eu l'occasion de le faire, mais une autre collègue médecin PMI elle avait pu le rediscuter avec la maman. Elle avait pu dire à la maman : voilà, on a re-regardé ces films, et on a pensé que ce serait intéressant de...

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

C'est vraiment pour une meilleure observation du bébé, et un respect des besoins du bébé. Et de pouvoir en parler aux parents. Par exemple quand on voit un bébé qui est trop stimulé, qui peut se retirer, etc. De pouvoir le signifier aux parents. Ou un bébé qui m'inquiéterait. D'autant plus s'il y a un contexte flagrant. Mais un bébé qui serait vraiment inquiétant tant dans la cotation, qu'avec un contexte inquiétant. C'est vrai quelques fois on a des situations...La PMI est universelle, mais c'est une universalité disons proportionnée, mais on peut voir tout type de situation familiale et c'est intéressant d'avoir cette mixité. Bon c'est vrai qu'il y a des quartiers où ça l'est moins. Mais il y a des sites PMI où il y a quand même une mixité. Les parents apprécient ce regard qui est pris durant la consultation, l'accueil en salle d'attente, la puéricultrice... Dans les situations inquiétantes quand malgré tout on a un bébé qui répond, etc... Mais quand on a un bébé qui dans une situation où on a des clignotants psycho-sociaux et qu'en plus on a un bébé qui est en retrait, là ça donne d'autres informations.

Oui je comprends, ça objective l'inquiétude. *Oui, c'est ça, tout à fait oui. Ça indique que les besoins du bébé, ne sont pas respectés.*

Est-ce que cette échelle a pu modifier votre suivi ? Ou votre prise en charge de certains enfants ?

Euh, je ne pourrais pas le dire précisément. Ah, tout en réfléchissant, c'est vrai que, ça a complété par le regard d'autres... Alors, je n'aurais pas d'exemple précis à donner malheureusement, mais c'est vrai que quelquefois ça peut apaiser au contraire. "Mais non regarde, il y a ça, ça, ça..." On peut être inquiet pour un bébé et parce que justement, on se laisse contaminer par le contexte... Alors qu'en fait, ce qui est important, c'est qu'on voit le film sans le contexte. Et c'est vrai, quelques fois, il y a rien à faire, on est inquiet, on se laisse prendre par tout ce qui est subjectif. Et justement, en regardant ça avec d'autres on peut se dire, bah non, finalement, les autres ne voient pas notre inquiétude dans le film.

Je retourne sur une question précédente : C'est vrai que quelques fois.. Le film, il est court ce film. Quelques fois on a des bébés, on se tient, là il a répondu comme ça, alors qu'habituellement, j'en avais peut-être une autre idée, là il a été stimulé, ou alors... Ce que je veux dire c'est que ce n'est peut-être pas le reflet que je vois d'habitude.

4) Quels ont été les freins à l'application de l'échelle M-ADBB dans votre pratique ?

C'est, clairement ce que je vous disais : par rapport à la famille, le côté temps, c'est vrai que c'est chronophage. C'est prendre le temps de regarder le film. C'est vrai que moi je n'y arriverais pas, de côté sans filmer, j'en ai pas une pratique suffisante. Moi je serais incapable de faire ça, c'est à dire : examiner un bébé (sous-entendu : et utiliser l'échelle en même temps) ou alors c'est parce que je n'en ai pas une assez grande pratique.

Et est-ce que l'incertitude du résultat que vous trouveriez serait un frein ?

Oui et c'est vrai que c'est tout à fait corrigé quand on le regarde en groupe. Vraiment, quand on regarde en groupe, on arrive à avoir une sorte de consensus. Quand on est inquiet, qu'on essaie de se rassurer, c'est difficile d'être stable. Soit on essaie de se rassurer à tout prix. On manque d'objectivité tout seul. C'est ça, voilà, et c'est vraiment pondéré par le groupe ça.

5) Globalement, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Moi je trouve que oui, mais il faut de la pratique, et de la reprise. Je trouve que c'est le genre d'outil, comme on en a beaucoup en médecine, si on ne le pratique pas régulièrement... Le seul intérêt c'est être sensibilisé à ça, être sensibilisé au retrait.

Et peut-être, ça suppose, ça fait partie des temps de consultations comme on peut en avoir pour différents domaines, qu'on se dit tient "cet enfant il me questionne, je vais proposer un temps plus important". Ça veut dire que là je vois, mais j'ai pas le temps, on est en consult, mais je le reverrai et on reprend une demi-heure, une heure et je prends le temps de l'expliquer à la famille, de le filmer et de bien prendre le temps de l'observer et éventuellement d'en discuter avec quelqu'un. Mais je ne dirais pas oui d'emblée.

Vraiment, je trouve que c'est important que les médecins généralistes soient sensibilisés au retrait du bébé. J'ai eu la chance

aussi de faire le DU sur la théorie de l'attachement, qui est passionnant. Et c'est vrai que ça je l'avais bien compris, on nous avait bien parlé de ce bébé avec le still face, Antoine Guedeney nous en parlait aussi, et c'est flagrant quoi : le bébé qui doit s'activer pour réanimer le care et si ça vient pas voilà, soit il s'agite, soit il s'éteint.

Donc, vous connaissiez bien déjà le sujet avant d'être formée à cette échelle ?

Oui oui oui oui, parce que j'avais fait le DU et j'ai commencé en PMI en 96 donc... Après ce genre de formation c'est passionnant parce que ça fait des mots sur des ressentis quoi. Et c'est vrai qu'en PMI on fait beaucoup de consultations mais aussi de bilan en école maternelle, avec aussi comprendre et essayer d'être avec les parents sur pourquoi les enfants s'agitent ou pourquoi... Et le fondement il est là quoi. Un bébé, on n'a pas besoin d'être toujours dessus, bien sur les premiers jours, mais après voilà... Mais très vite après le bébé... Mais le bébé si d'un regard ou d'une main posée sur l'épaule, il est peut être rassuré, ça lui donne beaucoup de sécurité et il peut explorer le monde et il peut aller vers l'autre.

Et justement, est ce que dans votre DU, on vous avez parlé d'outil un peu similaire à l'ADBB ou pas du tout ?

Oui, mais c'est pas d'utilité pour le grand public des professionnels, c'est assez particulier, avec les situations étranges pour les enfants, mais ça c'est plus des outils de recherche mais pas de la pratique courante.

Quelque chose à ajouter ?

Oui, c'est que quand nous on était en groupe, c'était vraiment intéressant de reprendre ça en groupe car après on peut aussi se dire : "tient on pourrait peut-être proposer tel ou tel outil". L'intérêt c'était inter institution (PMI, CAMPS, institut St Pierre), c'est l'occasion aussi de pouvoir dire "tient, cet enfant ça vaudrait le coup de l'orienter, au CAMPS, sur le secteur pédopsych..."

Et un autre bénéfice secondaire, mais bon, c'est pas propre à l'ADBB, mais quand on fait des groupes de travail comme ça, ça permet de mieux se connaître entre partenaires. On se connaît mieux, on connaît mieux ses limites, on comprend mieux aussi les limites de l'autre, c'est intéressant. Et quand on présente une situation comme ça aussi, quelques fois on se met un peu à nu, on peut se planter. Moi j'ai fais des échelles comme ça avec des gens qui n'avaient pas du tout fait la formation avec Antoine Guedeney et qui étaient assez, je me souviens même d'internes, qui étaient ouahou vachement pertinents, ils voyaient vite ; etc. Peut être qu'après quand on se pose trop de questions, je ne sais pas, ahah ! Voilà en suivant la grille, bon c'était une observation comme ça. Mais c'est aussi des collègues médecins PMI qui n'ont pas fait la formation et je les trouvais aussi très pertinents dans l'analyse qu'ils faisaient aussi.

Enfin, rapidement, ils arrivaient à se saisir de ? Oui

Et vous re-faisiez le tour des items ou vous preniez simplement la grille ?

On prenait la grille. Alors y a une de mes collègues, je ne sais pas si vous l'avez d'ailleurs cette grille... On avait refait une grille avec une collègue, avec une coloration, donc il y avait la M-ADBB, une colonne M-ADDB, une colonne ADBB avec, comment dire, les items tempéramentaux, relationnels et c'était trié par couleur.

C'est vrai que quand j'ai fait la formation, il y avait des couleurs, alors je ne sais pas si c'est la vôtre...

Ouais, en fait c'est suite à un travail collectif qu'on avait fait, ouais. C'est un outil qui avait été travaillé avec XX. C'était en mai 2018.

Et au-delà des couleurs, les items étaient fidèles à l'échelle d'Antoine Guedeney ? Oui oui tout à fait, ouais ouais.

➤ Médecin 4

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Alors je vais vous faire la réponse d'un politique, c'est à dire que je ne vais pas vous répondre. Parce que en fait, je pense que, là je m'avance un peu dans le questionnaire, les efforts pour apprendre quoi que ce soit n'ont d'intérêt que si ça aboutit à quelque chose. Or, là je ne pense pas que la balance entre les efforts et l'utilité sont du côté de la pédagogie, voilà. Donc, c'est ni facile, ni difficile, mais c'est surtout frustrant au niveau de l'usage.

Donc même si c'était très facile, le fait est que derrière vous n'en voyez pas l'utilité si je comprends bien, la question se pose donc pas tellement ?

Oui, mais, ce serait plus agréable d'avoir quelque chose de plus transparent, de plus facile à retenir. Car c'est vrai que c'est technique. Ce serait plus facile. Et c'est surtout que l'on aboutit à ce que je pense être une usine à gaz, qui est à mon avis, inapplicable en pratique. Pour des raisons de temps. C'est dommage parce que l'idée est bonne !

Mais, vous avez remarqué que dans les médecins, je ne suis pas le plus jeune, et donc des échelles diverses et variées, j'en ai

vu passé pas mal. Il y avait l'échelle de dépression de [bug son], quelque chose aussi qui avait été élaborée et qui est tombée dans l'oubli. Et je pense que c'est très difficile une échelle si vous voulez, car c'est le graal, vous cochez des cases et puis vous arrivez à un diagnostic et ça traduit en fin de compte l'incertitude du médecin par rapport au diagnostic. Et le gros problème, ce type d'échelle voudrait vous faire croire que vous ne prenez pas de risque, mais ça ne réduit pas, pour moi, le risque d'erreur. Mais par contre, c'est un argument médico-légal important, puis que l'assurance va vous dire "mais dans le dossier, pourquoi...?", "j'avais côté ça comme ça et vous sortez une échelle"; par contre, si vous avez mis dans votre dossier simplement un griffouilli "va bien", c'est moins porteur. Donc c'est une fausse réassurance. Et ça ça a toujours existé les échelles, donc pour moi, je pense qu'il y aura toujours un espace, comment appelé ça, incotable, c'est incotable. Et d'où des erreurs. Mais c'est la recherche éventuelle de certitudes : glycémie, hémoglobine glyquée, marqueur machin. C'est le gros problème des psychiatres par rapport à la médecine interne. C'est que le diabétologue s'accroche à son HbA1c et le psychiatre il glisse comme ça, perpétuellement... il cherche, c'est le rocher de Sisyphé.

Au final, donc si je retiens, on va essayer de trouver une conclusion à ma première question : vous trouvez que par rapport au niveau de difficulté : c'est trop technique ?

Alors je pense que, pas pour moi, c'est pas que je veux me mettre en avant, mais, d'une manière générale, oui c'est beaucoup trop compliqué. Parce que, ne marchent que les choses simples. Le feu il est soit rouge, soit vert, la plupart des gens ne savent même pas ce que veut dire un feu orange. Donc si vous faite un truc avec X cases, ça ne marche pas. Les gens aiment bien les short cut. Donc à mon avis, et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ont dû vous le dire, ou qui vous le diront, c'est que c'est complexe. Mais pas complexe au sens inabordable, c'est pas la critique de la raison pure de Kant, mais complexe usine à gaz.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

Et bien d'après vous ? Aucune ?

Aucune. Mais par contre, il m'arrive des fois... Alors mes collègues, de temps en temps, nous envoient, depuis cette formation, des vidéos, et nous demandent l'avis. J'essaye de donner un avis, mais je ne suis pas sûr qu'à chaque fois... Alors, je regarde la vidéo mais je me base sur mon avis, je fais un mixte, si vous voulez, je ne prends pas l'échelle en cochant les choses. C'est à dire, j'ai même pas pensé que cette formation était ni intéressante ni utile, c'est utile mais moi je l'ai utilisé à ma façon. Et d'ailleurs, on a du mal à trouver un consensus avec mes collègues médecins de PMI, sur tel ou tel cas. Vraiment c'est très difficile, bon peut être, c'est le fait que je suis le seul homme aussi et c'est des femmes, mais pas que, je ne sais pas, c'est pas facile.

Et du coup, vous, quand vous regardez une vidéo, vous pensez aux items qu'on a appris ?

Oui, bien sûr, je repense à ceux qui m'ont marqué : le regard, l'expression... Et ceux à quoi on est prisonniers en fin de compte, de ses habitus. C'est vrai que ça ne m'a pas trop... Si, ça m'a apporté des choses, mais... Ce qui m'a en fait embêté, vous ne m'avez pas posé la question, c'est le côté vidéo.

Si, on va en parler de la vidéo. Et, est ce que, quand vous regardez ces vidéos d'enfants, est ce qu'il y a quelque chose, qui n'est pas dans l'échelle M-ADBB, mais qui vous, vous interpelle dans votre habitude, vous parliez de vos habitus ?

Oui, par exemple la façon dont la maman s'habille.

La façon dont la maman s'habille ? Oui, la façon dont la maman s'habille. C'est à dire ?

C'est à dire, si la maman est habillée d'une manière excentrique, si elle a des vêtements de deuil, si elle est en accord avec son bébé, si ce bébé il est rose, elle est rose... Vous voyez, ce genre de chose. Je suis content que vous posiez cette question, j'avais fais la remarque pendant la formation à une de mes collègues qui m'avait dit "il faut que je fasse attention à la façon de comment je m'habille..." [problème de son]. Oui parce que je pense que la manière dont s'habille la maman, ça paraît idiot, mais c'est une interaction, une façon de s'exprimer, une façon de dire sa joie, sa crainte... Il est lourd ce bébé, comment il est, qu'est-ce qu'il fait... Parce que moi j'aime bien regarder les trucs un peu à droite, à gauche... Je dois être atypique. Enfin j'en sais rien si je suis typique, ça n'a aucun intérêt, mais bon. Personne vous avez répondu ça ?

Non, ou pas encore.

Je crois bien être le seul. Non mais c'est parce que ce vous m'avez posé une question intéressante, il y a sûrement autre chose. Allons-y, il faut qu'on avance.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

Ah ça a contribué ! Car c'est vrai que ça attire vraiment l'attention sur le retrait du bébé. Sans aller jusqu'au cas très typique des gens de Roumanie qui sont dans les orphelinats, abandonnés de tous. Mais je travaille à l'IDEA aussi et donc je vois bien à

l'IDEA, c'est le foyer de l'enfance, donc les enfants... Et je vois bien qu'en effet, quelques fois, on professionnalise les gens qui s'en occupent : auxiliaires puéricultrices, éducatrices, tout ça... Ces bébés-là, c'est sûr qu'il y a un problème d'attachement. Quand le bébé cherche à s'attacher à la personne qu'il a de manière assez angoissante et il y en a qui n'essayent plus et qui sont ancrés dans le retrait relationnel. Ça c'est évident. Donc c'est important de souligner ça ! Et les vidéos, ça peut permettre de souligner un point important, mais bon, il n'y a pas que cette manière, mais c'est une manière d'aborder un vrai problème, oui tout à fait, c'est intéressant.

D'accord, c'est quelque chose auquel vous faisiez attention déjà avant, le retrait relationnel ? Ou pas exactement ? Ou pas sous cette forme là ?

Si, si, si. Si, mais là ça a permis pendant 4 jours de ré-étudier : de connaître un problème de douleur chronique, de reflux oesophagien, ou la dépression de la mère... Donc, non, non c'était intéressant. Mais on était pas quand même.. même si je ne suis pas pédiatre, on était sensibilisés et je connaissais ça avant. Mais c'était intéressant, si, si, en dehors de l'outil, le concept du retrait, lui me paraît indéniable.

Mais après ça n'a pas modifié votre suivi, ou votre prise en charge des enfants ?

Non, je ne pense pas.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ? Notamment, la vidéo, vous aviez commencé à en parler...

Oui, alors la vidéo, parce que je ne suis pas sûr que... Ça c'est le monde de l'image et puis derrière la vidéo, moi j'ai vu ces liens, si vous voulez, par ce qu'il n'y a plus besoin de médecin en fait, c'est évident. C'est à dire que il y a l'intelligence artificielle, c'est à dire que, la vidéo, après vous mettez des logiciels, des algorithmes, l'ADBB c'est le lien, c'est évident. Et ça c'est un des premiers trucs qui va disparaître, c'est l'opérateur. Alors est ce que c'est bien, est ce que c'est mal ? Je ne sais pas. Je pense que c'est pas forcément bien, voilà. Que c'est pas une bonne chose que le praticien soit remplacé par l'intelligence artificielle. Mais c'est évident que c'est ça, je veux dire, la vidéo elle est liée à ça. Alors évidemment, la vidéo on peut la remonter, etc... Mais bon tout ça à mon avis c'est le contexte.

C'est vrai, que d'autres personnes m'avaient dit avant que la vidéo ça les gêne car il faut expliquer aux parents, etc... Vous c'est pas tellement cet aspect-là en fait, c'est plus que elle remplace le médecin ?

Oui bien sûr, c'est évident, vous savez je crois que un des derniers métiers qui va être remplacé par l'intelligence artificielle, je crois que c'est le chirurgien, le neurochirurgien, quelque chose comme ça, mais c'est dans 25 ans. Mais ça c'est pas de la science-fiction, c'est la perspective, le médecin généraliste sera remplacé dans très très peu de temps. Tout comme beaucoup d'autres métiers, mais grâce à ça, ou à cause de. Mais sinon, demander aux parents, non parce que c'est tous des jeunes parents, ils ont tous 3 smartphones, ils sont contents... Et en plus ils ne comprennent pas les enjeux de la photo, ils mettent leur bébé sur Tiktok, sur Instagram, avec tous les problèmes qu'il peut y avoir... On est dans la société de l'image. Mais j'ai rien contre la société de l'image ! Je regarde des films sur Netflix, comme tout le monde. C'est appliqué à ce que j'ai cru être la médecine, ça me paraît en effet être la voie ouverte à l'intelligence artificielle et la disparition... C'est peut être un bien au fait, d'ailleurs, parce que, les algorithmes... Pourquoi pas, il faut demander à Google.

Est-ce que vous verriez d'autres freins à l'application de cette échelle ?

Le temps. Je veux, dire personne... Là je suis médecin PMI, mais j'ai eu un cabinet de médecine généraliste. Il n'y a pas un médecin qui a le temps, de le faire. Car soit vous le faites rapide et à ce moment là, vous faites mal, ou vous filmez pas et on fait comme avant et on survole tout et c'est une impression au passage. Soit on prend le temps pour faire ça bien, mais c'est plus d'une heure. Le bébé, faut pas qu'il crie, etc... Je ne connais pas quelqu'un dans le milieu libéral qui prenne 1h avec un bébé. Moi je prenais pourtant beaucoup de temps, un RDV toutes les 20min, des fois à la fin toutes les 30min, c'est vous dire... La durée moyenne de consultation d'un médecin généraliste en France, je crois que c'est 5-6min, d'ailleurs c'est une des plus grandes durées d'Europe, en Allemagne, c'est 1min. Non mais vous vérifierez. Et on vous balance un outil qui, si on veut l'utiliser, demande, minimum 3/4 d'heure. Donc c'est le temps. Alors là, le type qui me dit, "j'ai vu 30 bébés et j'ai fait 3 ADBB", et bah c'est monsieur menteur. C'est juste pas possible, c'est juste pas possible. Parce que le temps pendant les consultations c'est un truc... Surtout en ce moment avec le COVID où on est obligé de nettoyer entre les bébés, ne pas faire croiser les gens en salle d'attente... Celui qui arrive à faire l'ADBB en ce moment avec le COVID et tout... c'est pas possible. Ou alors un bébé le matin et un bébé l'après midi.

Ok, et même avec une M-ADBB ?

Alors, je parlais de... C'est vrai que la M-ADBB est plus facile, plus digeste, elle est plus logique, elle a plus peut être de raison d'être. Vous avez raison. Oui, oui c'est plus facile à faire. C'est probablement pour ça que les anglo saxons, les australiens

l'utilisent. Oui, je pense que la M-ADBB est un début de solution par rapport aux critiques que je viens de vous donner. Je pense qu'il y a dû avoir d'autres personnes qui ont dû souligner le fait que, en dehors de l'hôpital, car à l'hôpital vous pouvez prendre en effet 2h, lors des consultations en libéral, les gens ils ne veulent pas attendre.

En effet quasiment tout le monde jusque là, souligne le fait que c'est très chronophage.

Très très, beaucoup, par rapport à toutes les autres, enfin j'en utilise pas énormément mais les échelles qu'on peut avoir, même un MMS, en gériatrie, ça prend moins de temps.

5) Globalement, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour l'exercice de la médecine générale en soins primaires ?

Malheureusement non, voilà.

Quelque chose à ajouter ? Quelque chose qu'on n'aurait pas abordé ?

Non non, on a dit, enfin, j'ai dit pas mal de choses. Je crois que j'ai épuisé le... En fait je crois qu'il faudrait, c'est l'histoire du feu rouge là. Il faudrait un truc, des items beaucoup moins développés, une mini-M-ADBB. Encore plus mini que la M ? Oui, car c'est pas faisable, il y a le risque que les gens trichent, sciemment ou inconsciemment avec leur notation. On fait bien avec les choses simples. Surtout, ça requiert quand même du temps. Et puis je ne suis pas sûr que complexifier les choses, ça amène quelque chose. Après c'est un équilibre.

➤ **Médecin 5**

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Dans une échelle de combien à combien ? On peut dire de 0 à 10.

Franchement, 3. Je pense que ce qui est le plus difficile c'est l'activité générale. C'est un peu compliqué parfois. Mais sinon 3/10.

Par exemple, l'activité générale, c'est difficile pourquoi ?

Parce qu'il y a certains enfants qui sont calmes, d'autres excités. L'activité générale chez un bébé ça varie beaucoup, donc en fait, c'est vraiment tout un cortège de signes qui permettent de retenir un score pathologique. Parce que par exemple l'expression faciale, je trouve, les vocalisations, le contact visuel, même la relation c'est assez facile. Le plus difficile pour moi c'est l'activité générale.

Est-ce que, par exemple, vous avez besoin de vous référer au support pour quand vous avez un doute ?

Oui. Plus pour l'échelle ADBB complète. Là c'est vraiment, l'échelle M-ADBB, l'échelle de débrouillage quoi.

Elle, vous la faite, de tête ?

Oui. Et puis ça prend 3 minutes. Enfin je veux dire, en même temps qu'on examine l'enfant, maintenant, j'ai dans la tête l'échelle. Donc je fais véritablement lorsque j'ai un doute. Mais ça fait partie de l'examen quelque part, de regarder l'expression, les vocalisations, le contact... Donc du coup, je trouve que ça permet d'officialiser l'examen qu'on fait instinctivement.

Donc, le contenu de chaque item vous paraît clair ? Oui.

Est-ce que vous trouvez que vous vous perfectionnez avec le temps ? La rapidité...?

Oui. Oui, oui. Mais déjà lors de la formation, je trouve qu'entre le début de la formation et la fin, quand on regardait les petits films, ça nous permettait d'être plus, même si on n'était pas forcément en accord tous, ça veut dire qu'on avait des interprétations différentes, mais je trouve que le regard s'aiguïsait au fil de la formation.

Et la formation, c'est vrai qu'elle est assez longue, elle dure quelques jours. Ça vous paraît long, est ce qu'on pourrait faire plus court ?

Comme il était passionnant, j'ai pas trouvé que c'était lourd. Autant des formations de 4 jours, parfois ça me gonfle un peu et on pense avoir mieux à faire. Autant là c'était très riche, j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup d'échanges et puis ça a été quand même très constructif car il nous a demandé quand même d'emmener nos propres vidéos. Et moi j'avais, notamment des enfants qui me questionnaient et ça m'a aidé quoi pour établir aussi un diagnostic quoi. D'ailleurs il m'a demandé de poursuivre les vidéos de cet enfant, ça a été super intéressant quoi parce que du coup, là j'ai enregistré différentes vidéos à des stades particuliers du développement et on a vu que c'était intéressant de s'arrêter sur ces points.

Et, à votre avis, le temps d'apprendre l'échelle M-ADBB pour quelqu'un qui ne la connaîtrait pas est ce qu'il faudrait plusieurs

jours aussi ?

Non, c'est juste formaliser des trucs qu'on regarde de toute façon mais qu'on ne note pas. Donc moi, je ne trouve pas que ça nécessite d'apprentissage particulier, je veux dire, c'est clair et facile. C'est très facile. Moi je l'ai toujours dans mon bureau parce que justement, quand je sens pas un bébé, je le fais. Et ce qui est très très intéressant, encore plus, c'est qu'il y a la kiné qui a eu la même formation dans un autre espace. Et je sais qu'à un moment donné j'avais un doute pour une gamine, je lui avais envoyé pour une prise en charge kiné, mais elle a fait aussi l'échelle ADBB et on a comparé nos scores. Et ça c'est quand même bien quand on a des regards croisés sur un enfant d'avoir une formation commune quoi. Car dans tout ce qui est problème relationnel, il y a souvent du ressenti, pas d'objectivité, là ça fait une objectivité dans l'examen.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

Je dirais instinctivement pour chaque enfant, tous les jours. Parce que c'est des critères qui me reviennent systématiquement en tête. Après je n'écris dans le dossier, l'échelle que quand j'ai en soucis.

Ok, donc vous faites systématiquement la M-ADBB ? *Oui.*

Et si un enfant pour qui vous avez un doute ou qui vous interpelle, vous faites l'ADBB ? *Oui.*

Et vous le notez dans le dossier ? *Oui.*

Et quand vous faites l'ADBB est-ce que vous utilisez un film ?

Euh non, parce que ça se passe en consultation en fait. Je l'utilise en film pour les enfants placés. Justement c'est le professeur qui m'a... Car j'avais une petite que je suivais qui était à un score à 12. Et quand j'avais montré le film, il m'avait dit que c'était effectivement gravissime. C'était une petite qui était placée. Il m'a conseillé d'aller la filmer chez l'assistante familiale et chez la grand-mère qui avait des autorisations de garde.

Pour voir s'il y avait une différence selon le contexte du coup ? *Voilà.*

Et, c'était en effet le cas ? Par curiosité...

Alors, c'était gravissime dans les 3 endroits, par contre avec une prise en charge adaptée... Je la voyais tous les mois. L'échelle ADBB on est passé d'un retrait relationnel gravissime à finalement, actuellement, la gamine vient de faire 3 ans et elle est rentrée dans la norme. C'est ça qui est super, c'est qu'on a pu se baser aussi sur l'évolution de l'échelle. Et au niveau de la justice, notamment pour les rapports au juge, je trouve que c'est un très bon outil. Les juges demandent des faits tout le temps dans les rapports. C'est vrai que quand on disait qu'il y avait un retrait relationnel c'était pas parlant. Maintenant, dans les rapports, je rajoute les critères de l'échelle, et je trouve qu'ils perçoivent beaucoup mieux ce qu'on veut dire dans le retrait relationnel.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

C'est à formaliser ce que je regardais sans pouvoir coter. Ça, ça fait partie, quand même, de l'examen classique du nouveau-né, sauf qu'on le cotait pas.

Vous connaissiez déjà bien cette notion de retrait relationnel et vous y étiez déjà attentive ? *Oui quand même, ouais.*

Ça a permis d'objectiver les choses ?

En PMI, on est quand même confrontés à ça assez régulièrement.

Et, par contre, on peut dire que ça a modifié votre suivi et votre prise en charge ? Si on prend l'exemple de l'enfant donné tout à l'heure ?

Alors, modifier la prise en charge pas forcément, mais en tout cas pour la famille d'accueil et la grand-mère avec qui j'étais en relation, ça me permettait de médicaliser l'observation que je faisais de la petite et de justifier après les orientations qui ont été prises.

D'accord, mais les orientations auraient été les mêmes de toute façon ?

Oui. Oui mais peut-être moins bien accepté. Là, le fait que ce soit une échelle et que ce soit bien coté, il y a plus d'adhésion quoi. Car pour cette enfant, même au niveau de ma direction, on a mis en place le "plan Orsec", c'est des soins qui sont pas forcément bien remboursés et le fait aussi que ce soit ma direction qui nous ai donné cette formation, de s'en servir pour demander un financement de soins, et bien ça passe mieux quoi.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

Aucun.

Aucun pour la M-ADBB, peut-être pour l'ADBB ?

L'ADBB, les freins, c'est peut-être le temps, étant un examen plus important, notamment dans tout ce qui est activité générale

et vivacité de réponse, en une consultation de 15 à 20 min, parfois c'est difficile à voir. Tout ce qui est autostimulation aussi. Je veux dire, expression faciale, vocalisations, activité générale, contact visuel et relation, ça va en général, ça passe bien dans une consult. L'échelle ADBB complète c'est vachement plus long quoi.

On le disait tout à l'heure, des fois, on n'est pas d'accord entre professionnels au niveau des scores, est ce que vous, le résultat que vous trouvez vous en êtes certaine ou est-ce que des fois ?

Oh, ça se joue à un ou deux points quoi, mais globalement... Et justement avec la kiné qui a fait la même formation, parfois on discute des points, mais il n'y a pas de différence majeure, c'est quand même très objectif.

5) Globalement, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Oui, oui, oui. Surtout en pédiatrie, il y a beaucoup de généralistes qui sont pas très à l'aise, et d'avoir un support comme ça, facilement utilisable, je pense que ça peut être très aidant.

Et ça peut être facilement accessible ? *Oui.*

Même pour un généraliste qui ne serait pas à l'aise avec la pédiatrie ? *Oui.*

D'accord, autre chose à ajouter ?

Non. Je pense qu'il faut l'avoir à côté de soi pour que ce soit facilement utilisable. Parce que si on le met dans un dossier, on l'oublie. Le fait de l'avoir à côté en permanence en consult, il y a les critères qui reviennent plus facilement. Même si on le fait involontairement, je trouve que ça marque plus le coup.

Parce que la M-ADBB vous l'avez bien en tête à chaque fois mais vous jetez un petit œil ?

Ouais, après si vous voulez, nous, avec la puéricultrice, on a tellement l'habitude maintenant d'examiner, on le ressent de suite le retrait relationnel. Mais ça permet de certifier tous les critères.

➤ **Médecin 6**

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Bah, c'est difficile vue que je n'ai pas suivi la formation complète, mais déjà au niveau de la journée de formation qu'on a eu, j'ai trouvé que ça m'était bien présenté et finalement c'est assez simple de se mettre... Pas de se mettre, mais de prendre l'habitude, de maîtriser un minimum l'échelle, en tout cas c'est l'impression que j'en ai. Le plus compliqué c'est plus toute la logistique autour, mais les critères de l'échelle sont assez simples finalement, et ils étaient bien expliqués dans la journée qu'on a pu avoir moi j'ai trouvé.

Ok, et qu'est ce que vous appelez par la logistique ?

Alors après c'est que si on veut pouvoir coter, il faut pouvoir enregistrer, filmer l'enfant pendant 5 min, il faut avoir des collègues avec qui transmettre... Alors, là où moi j'ai galéré ça a été de télécharger, c'est con hein, la vidéo sur l'ordinateur pour ensuite pouvoir la transférer par mail, c'était trop gros, il a fallu utiliser wetransfer... Il faut demander l'autorisation aux parents, c'est... voilà. La logistique c'est à ce niveau-là.

Ok, parce que, du coup, durant la formation, ils vous l'avaient présenté comme pas tellement utilisable sans vidéo ? Ils vous avaient plus parlé de l'ADBB ?

C'est ça. Moi quand j'ai fait la formation, moi ce que je me suis dis c'était que c'était intéressant parce que ça mettait en mot des choses qu'intuitivement en tant que professionnels, quand on commence un peu à avoir l'habitude, on repère, sans pour autant pouvoir coter, sans pouvoir... Et donc, effectivement, moi ce que j'ai eu l'impression de la journée c'était qu'il fallait systématiquement que ce soit, mais je me trompe peut-être, que ce soit filmé. Mais en parallèle de ça, je me suis dit que malgré tout, il y avait des choses à apprendre, qu'on la pratique et que si on la faisait pas à 100 %, ne serait ce que connaître les critères et pouvoir faire, ne serait ce qu'une première cotation quand on voit un enfant qui nous interpelle, ça permet de mettre des mots sur des choses qu'on... je vais pas dire qu'on ressent, mais qu'on perçoit.

Oui je comprends, d'accord. Donc, finalement, c'est assez chronophage tout ça. L'apprentissage, peut-être pas tellement ?

Non, pas l'apprentissage, c'est la logistique, si on veut le faire comme ils l'ont recommandé, à savoir, en filmant, etc. Ou alors il y a quelque chose qui m'a échappé.

Non, c'est vrai avec l'ADBB, c'est un peu plus l'usage qui est recommandé on va dire pour une cotation exacte. Je trouve que

la M-ADBB, justement, à mon avis, elle pourrait se faire, comme vous disiez, vous regardez un enfant et vous regarder les choses de manière intuitive et j'ai l'impression que la M-ADBB avec que ses 5 items et la cotation 0-1 ou 2, on peut se la faire rapidement en tête.

Tout à fait. Après il y a le côté... On a un exemple avec une autre collègue qui a envoyé un film à d'autres pour la cotation, et il s'est avéré que l'enfant était bien en retrait. Mais elle qui connaissait l'histoire de l'enfant et qui connaissait la situation, a coté le film avec un score plus mauvais que les deux autres collègues qui ont coté la vidéo. Moi je l'ai pas coté car je connaissais l'histoire de l'enfant aussi donc c'était biaisé. Mais, mes collègues qui ont coté mais qui ne connaissaient pas l'enfant, ont rajouté un point en mieux que ma collègue qui connaissait l'histoire. Donc il faut le savoir aussi. Le fait de le faire à plusieurs ça enlève tous les biais liés à la connaissance de la situation familiale. Enfin, c'est mon point de vue.

Ok. Je comprends. Et je crois que vous me disiez dans le mail que vous l'aviez utilisé qu'une seule fois ?

C'est ça. Il y a eu une fois où j'ai "utilisé", entre guillemets, les critères pour, je m'en rappelle vaguement, ouais c'est ça, je me suis dis « ah bah là il y a un truc » mais je ne suis pas allée plus loin, mais c'est peut-être la formation qui m'a sensibilisé. Et il y a une autre fois où là j'étais vraiment interpellée, j'ai fait une vidéo que j'ai envoyée aux collègues pour une cotation. Malheureusement on était en période de covid donc personne n'a pu me faire un retour donc, euh, j'ai eu ma cotation toute seule dans mon coin du coup, mais bon voilà !

C'était T, la vidéo de T ? T ouais.

Parce qu'on l'avait vu avec J, quand on s'était croisées à la plateforme covid, on avait regardé la vidéo et on vous avez envoyé un mail.

Oui, vous m'aviez envoyé un mail en me donnant quelques infos qui m'avaient quand même bien aidé. Mais de toute façon pour lui, la situation était telle que les choses ont bougé en mieux. Mais c'est vrai qu'en fait, cette vidéo-là, cette situation-là, elle m'a donné, peut-être un peu plus d'assurance et d'éléments pour tout de suite alerter et dire, il y a un problème, il faut modifier là, il faut modifier quelque chose pour cet enfant pour que ça aille mieux. Et l'histoire a montré que effectivement, ce qui a été mis en place a... Enfin, il a changé du tout au tout, cet enfant a toujours des choses qui sont compliquées mais, il y a... J'ai l'impression que le fait d'avoir fait cette cotation, d'avoir eu aussi le retour, m'a permis d'avoir un mail plus argumenté pour demander une modification de la situation de cet enfant, et ça a été pris en compte tout de suite. Parce que, sans l'échelle, Est-ce que j'aurais eu autant d'argument et autant d'assurance pour demander une action rapide ? Je ne sais pas !

Ok. Et pour le premier enfant, vous disiez, vous vous êtes juste dit « il y a un truc », c'est à dire vous vous étiez fait la cotation pour vous-même .. ?

Non, non pas du tout, c'était juste, c'était pas très longtemps après la formation et j'ai repris, les critères, sans pour autant coter, là je me suis rendue compte que ça allait pas si mal. Dans ce cas là.

D'accord, vous aviez repris la grille ?

Non, j'avais fais de mémoire, c'était vraiment pas longtemps après la formation, j'avais fais de mémoire les quelques critères qui nécessitaient plus d'observation. J'avais observé en fait plus précisément certaines choses, mais j'avais pas coté non.

D'accord. Et pour la fois où vous aviez fait la vidéo là vous aviez repris la grille ? Oui.

Ok, et si aujourd'hui par exemple, vous auriez un enfant pour lequel vous auriez un doute vous reprendriez cette grille ou c'est trop loin maintenant ?

Non, non, non, elle est dans mon portefeuille à côté de mon ordinateur au cabinet. Et je sais où elle est, et je peux m'y référer. Je la montre régulièrement aux internes en stage. Non, non, justement, c'est pas, je pense que les critères, oui j'ai besoin de re-regarder la grille, mais une fois qu'il y a eu la journée de sensibilisation, c'est quelque chose d'assez ancré, surtout qu'en fait c'est des critères qui, c'est pas quelque chose de nouveau au final. Ça nous demande pas de faire quelque chose de nouveau, ça donne une forme à quelque chose de façon plus ou moins informelle. Donc je pense que je la reprendrais assez facilement si j'étais alertée par une situation.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de la M-ADBB ?

Bah donc elle est, c'est rare ! Mais je sais que je pourrais le ressortir si besoin. Après en PMI, on a l'avantage d'avoir un réseau de collègues facilement accessibles, on se voit au bureau en tout cas à X, on est plusieurs médecins sur le site, c'est facile d'échanger. Le coter, faire une vidéo et échanger et facilité par la structure dans laquelle je travaille à l'heure actuelle.

Je l'utilise très rarement, mais, si j'en ai besoin, je l'utiliserais il n'y a pas de problème.

Ok, c'est si inquiétude ? Uhm.

Et si vous avez une inquiétude c'est plutôt la M-ADBB que l'ADBB ?

Euh, pfff. En fait les deux sont l'une à côté de l'autre, donc je regarde les deux en fait, je fais les deux.

D'accord, et vous referiez un film ? *Oui.*

Ok, vous n'envisagez pas tellement une cotation sans film ?

Euh, non parce qu'en fait pour coter, de l'impression que j'ai, c'est intéressant de pouvoir reVISIONNER le film, le regarder peut-être plusieurs fois, de prendre un peu de recul. Parce que quand on est en consultation, si je veux la coter, je ne vais pas pouvoir faire d'autre chose en même temps, je vais pas pouvoir avancer dans ma consultation, et euh, ça va être, je trouve ça plus compliqué. [bug] Ce serait compliqué de reprendre les notes, de reprendre la grille en même temps que la consultation. Enfin moi je... Ça nécessite un peu de réflexion quand même.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

Moi j'ai l'impression que ça m'a renforcé dans le sens où ça a donné un côté scientifique à des intuitions. Qui sont pas en fait des intuitions qui sont juste là... Je pense qu'avec l'habitude on intègre un certain nombre d'informations sans y faire attention. Et il y a des moments on arrive, en tout cas moi c'est comme ça, j'arrive à une conclusion, et les arguments ils sont... C'est un package en fait. Et je trouve que cette échelle, elle, pas déconstruit, mais elle compartimente un petit peu la réflexion et ça permet finalement d'avoir un argument plus scientifique et ça renforce finalement dans l'importance de ce qu'on peut ressentir d'un enfant [bug]. Ça a une valeur. Donc ça veut dire que ce qu'on intègre de façon globale quand on fait une consultation, quand on voit l'enfant, quand on l'appréhende, quand on voit comment ça se passe avec ses parents, etc. On a une impression globale. Je vais pas dire intuition parce que c'est basé sur un certain nombre de choses qu'on voit, etc, mais on ne le compartimente plus, alors que là l'échelle permet, de re-compartimenter, enfin, compartimenter je ne suis pas sûre que ce soit le terme mais de re-faire les choses une par une. Et je trouve que ça légitimise, légitimise un peu ce côté global qu'on peut avoir dans la consultation car en fait ce côté global c'est juste la résultante de ces différentes choses, entre autres, et qui existent et qui ont été étudiées, et... Et voilà, enfin, je ne sais pas si je suis très claire ?

Si, je comprends bien. Il y a d'autres personnes d'ailleurs qui m'ont dit un petit peu la même chose. Et donc au final, de votre expérience en PMI, vous étiez déjà sensible au retrait relationnel, c'est quelque chose que vous arriviez à voir de manière informelle avant ?

Oui sans forcément appeler ça le retrait relationnel, mais on est sensibilisés en tant que professionnels avec des petits en permanence, à la relation entre le parent et l'enfant, à la façon dont l'enfant interagit, et voilà. Après la difficulté de cette échelle, c'est qu'elle « valide » entre guillemets, une impression, euh, après il y a tout le travail de « pourquoi l'enfant est en retrait relationnel » ? Et ça c'est le fond, le plus important et le plus intéressant dans la prise en charge de l'enfant quoi.

D'accord, et au final, lorsque vous examinez un enfant même si vous faites pas l'échelle M-ADBB/ADBB, est ce que vous avez, est ce que vous regardez plus le regard, ou l'activité générale... parce que vous avez eu cette formation ou pas du tout, ça n'a pas changé votre ... ?

Non, ça n'a pas changé, je le faisais déjà. Je dis pas que j'avais une pratique exceptionnelle, mais quand j'ai commencé à la PMI, la première semaine où j'ai commencé on a eu une formation sur les mouvements spontanés des enfants. On a eu une formation sur plein d'autres choses, on eu ça entre autre. Donc dès le départ j'ai introduit un temps d'observation de l'enfant spontané, sans le solliciter, sans rien. Donc ça, c'était déjà intégré. Bah, le regard, à partir du moment où on est en interaction avec un enfant on cherche son regard quand on l'examine de toute façon. Donc je pense que c'est des choses que je faisais spontanément parce que... Alors la motricité parce que je l'avais appris avant même de commencer. Et le regard parce que c'est inné à la relation et j'étais interpellée quand un enfant regardait pas, fuyait le regard, etc. Mais là maintenant je sais encore plus pourquoi est ce que ça m'interpelle et pourquoi je le fais en fait. Quand je suis sortie de cette formation, je me suis renforcée dans ce que je faisais déjà et ça c'était déjà très agréable aussi.

D'accord. Et ça, ça a modifié un peu votre suivi ou votre prise en charge ? C'est ce que vous disiez un peut tout à l'heure...

Alors pour l'enfant à qui j'ai fait l'échelle ADDB, en fait, c'est un petit qui était en famille d'accueil, en famille d'accueil transitoire, avec une famille d'accueil qui ne voulait pas s'attacher en fait. Elle voulait pas s'attacher à cet enfant qui a été placé dès la naissance quasiment. Donc on savait qu'il était en recherche, probablement en recherche d'attachement. Puisque son ASFAM lui apportait pas ce côté sécuritaire dont il pouvait avoir besoin. Parce qu'en fait elle s'interdisait quand elle le portait, elle était pas forcément très maternante... C'était pas qu'elle était pas professionnelle, mais c'est qu'elle avait dit qu'elle ne voulait pas de tout petit, parce qu'elle voulait pas je pense... Je sais pas, j'ai pas creusé mais, est ce que c'était une histoire de s'attacher au petit ? Ou quoi que ce soit, ou qu'elle avait eu beaucoup de petits et qu'elle voulait passer à autre chose ? Je sais pas ! Mais le fait est qu'elle s'interdisait une relation complète avec ce bébé et qu'il avait besoin de ça. Et donc, à la suite de l'échelle, enfin de la cotation et de la consultation en général, associé aux inquiétudes de la puéricultrice, j'ai envoyé un mail à mon supérieur en disant « il faut faire le relais rapidement pour cet enfant, qu'il arrive dans sa famille d'accueil qui est prévue pour lui avec

quelqu'un qui va pouvoir s'engager auprès de cet enfant pendant un certain temps ». Et donc en fait la transition, j'ai envoyé un mail le jeudi soir et le lendemain, mon chef a transmis au responsable de la petite enfance, et le lundi suivant l'adaptation se faisait, le vendredi suivant le petit était chez sa nouvelle ASFAM. Donc ça a été très vite finalement. Ah mais c'était pas prévu comme ça ! Le calendrier était pas prévu comme ça ! Il s'est accéléré parce que j'ai envoyé un mail en disant « attention, là ça ne va pas du tout »... Je dis pas que c'est moi qui ai tout changé non plus, mais ça a eu un poids de coter, et que je puisse dire « là il y a une situation de retrait relationnel ». Voilà je pense que ça a eu un poids. Et après, je revois cet enfant régulièrement, il y a toujours des choses, mais c'est beaucoup mieux, on peut maintenant le déshabiller, il me regarde, il commence à me sourire, il est plus à l'aise, même s'il y a encore beaucoup d'angoisse chez cet enfant. On résout pas tous les problèmes d'un coup, mais il y a quand même du mieux, notamment, parce que, je pense il est rentré en relation avec l'ASFAM qui lui a été assigné, et qu'elle s'est investie dans la relation avec cet enfant, ça a changé du tout au tout pour lui quoi.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ? Vous disiez, le côté informatique et vidéo? Ouais, c'est galère, et encore je suis un peu geek hein. Mais euh, parce que l'adresse mail on peut pas envoyer une pièce jointe au delà de... Mais là, mon téléphone, je sais pas ce qui s'est passé mais il y avait plus de place alors qu'il y a quasiment rien dedans. Si c'était à refaire je le referais avec mon téléphone perso déjà, pour commencer. La prochaine fois que je le fais je le fais avec mon téléphone perso, ça c'est sûr! Parce que je le connais mieux et je gèrerais mieux la vidéo. Bon, ça c'est le premier frein.

Après, je me rends compte c'est que quand j'ai filmé, je pense que j'ai pas été dans les clous, les parents étaient pas là de toute façon. Donc ça s'est fait de façon un peu plus informelle. C'est pas top normalement il aurait fallu l'autorisation des parents pour filmer l'enfant.

D'accord, et est ce que pour l'échelle M-ADBB qui est plus courte, imaginez si on la fait sans film, est ce que vous y voyez des freins qui pourraient faire que c'est difficilement utilisable en pratique ?

Non, je pense pas. Je pense que si on veut suivre le gold standard, ce que je disais, c'est que c'est intéressant de pouvoir partager, c'est aussi intéressant de pouvoir y revenir. Si on la fait sans vidéo, ce que je pense est pas... C'est pas optimal, mais je pense que si je devais la faire sans vidéo, c'est pas avec l'enfant sous les yeux, ce serait avec la mémoire et du coup il y aurait un biais de mémoire et du coup on se retrouvera à... J'ai du mal à imaginer, sortir ma feuille, regarder l'enfant et le faire. Mais peut-être parce que voilà ! C'est peut être faisable, j'y ai pas pensé en fait. Il faudrait que je me repose la question. Après je suis tout à fait à l'aise de dire « aller on va sortir un outil on va coter... », ça c'est des choses avec lesquelles j'ai pas de soucis, je me sens à l'aise, mais rester 5min devant l'enfant sans avancer sur autre chose et en faisant la cotation, ce serait compliqué. Par contre, je pourrais imaginer faire la cotation pendant que l'interne qui est avec moi par exemple, fais l'examen clinique et avance dans l'examen, parce que finalement, la vidéo elle se fait, bon il y a les mouvements spontanés mais il y a aussi on peut avancer avec l'enfant. Moi c'est quelque chose que je pourrais faire, plus si je suis observatrice d'une consultation, donc quand je suis en consultation avec une interne, donc on en a tout le temps donc ce serait envisageable. Donc, ouais, ce serait envisageable plus comme ça à mon avis.

Ok, et un autre point par rapport à ça, est ce que vous trouvez que l'échelle du coup est assez facile à suivre ou est ce que vous avez des doutes sur le résultat que vous pouvez trouver ?

Bah, oui, nan je trouve que c'est assez facile mais il y a toujours des doutes : les expressions de visages est ce qu'il y en a eu 2, est ce qu'il y en a eu ? Enfin, c'est dans l'autre ça je crois ? Je sais plus, je ne l'ai pas sous les yeux, je ne la connais pas par cœur. Mais je trouve qu'il y a toujours, à partir du moment où on cote des choses, il y a toujours un doute. En pratique, je pense que c'est un bon outil d'orientation diagnostic.

Ok pas plus que ça donc. Non, pas plus que ça.

5) Globalement, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

En PMI c'est archi pertinent, ça c'est certain, mais en cabinet de ville, je ne vois pas pourquoi ça le serait pas. Euh, après il faut que ce soit un médecin généraliste qui voit quand même régulièrement des enfants pour avoir aussi en tête un certain nombre de panel d'enfants pour voir aussi quand ça sort de l'habituel. Sur les mouvements, je pense par exemple à l'observation des mouvements, si on n'a pas un peu l'habitude de voir des enfants, on ne sait pas à quoi s'attendre. Donc il faut quand même avoir une certaine expérience en l'examen des enfants. Mais c'est tout à fait accessible en cabinet de ville, oui je pense. Après moi je pense que tout est accessible au cabinet de ville, tout dépend du praticien et de l'organisation qu'il veut y voir. Mais la médecine générale et le cabinet de ville a cet avantage, c'est qu'on peut créer et mettre en place son outil de travail presque

comme on veut et donc je pense qu'il y a peu de choses qui sont pas réellement accessible en cabinet de ville si ce n'est que le médecin en a l'envie et la volonté.

Super, merci beaucoup. **Est-ce que peut-être vous auriez quelque chose à ajouter, qu'on n'aurait pas abordé ?**

Non, j'ai dit tout ce que je voulais dire.

➤ **Médecin 7**

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Alors, c'est pas très difficile, mais ce dont je me suis rendu compte c'est qu'il fallait quand même une grande expérience des enfants pour pouvoir la mettre en pratique. Moi, quand je me suis formée à l'ADBB et la M-ADBB, j'ai été médecin généraliste, je vais avoir 60 ans, alors il y a des formations qu'on n'a pas eu du tout quand on était médecin, notamment en pédiatrie, cette approche là, ce sont des choses qui n'ont jamais été enseignées, donc j'ai vraiment eu, moi, le besoin d'aller me former et faire pleins de formations différentes pour pouvoir appréhender le comportement de l'enfant, et c'est finalement parce que j'en ai vu beaucoup beaucoup que j'ai pu être en capacité après de pouvoir mettre en place et de pouvoir réaliser cette échelle. Je trouve que ce n'est pas d'un abord si facile, je trouve que quand on n'a pas l'habitude des enfants ou qu'on n'a pas été bien formé parce que des consultations... En fait, avoir le temps d'observer l'enfant, ça aussi. Vraiment avoir le temps.

Avec votre expérience, ça vous a paru chronophage l'apprentissage ?

Alors quand j'y suis allée, il y a un certain temps, j'ai pas trouvé ça si facile que ça.

Les items vous semblent clairs ? Non, les items, quand je les relis maintenant, me semble très très clairs.

Vous avez recours au support lorsque vous utilisez l'échelle ? Non.

Vous pensez vous que vous vous perfectionnez avec le temps à l'usage de cette échelle ?

Alors, en fait, cette échelle, pour moi elle fait une toute petite partie de l'examen. Comme je me suis formée aussi en sensori-motricité, en fait quand on observe les enfants sous cet angle là, l'échelle ADDB rentre parfaitement dedans. Donc, c'est une petite partie.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

Alors en fait, j'en ai pas l'usage. Je ne m'en sert pas. Ou je ne m'en sert pas consciemment. Mais c'est vrai que ça fait partie des choses que j'observe à chaque fois que je regarde des enfants.

C'est un peu de manière informelle ? C'est ça, je ne quantifie pas.

Donc, vous ne l'écrivez donc pas dans le dossier des enfants, si vous avez un dossier pour la crèche ?

Si, je fais un dossier. Mais comme en fait sur 1h, j'ai tout à voir quand je suis avec les parents au départ (on parle de l'alimentation, du sommeil, de la collectivité, de plein de choses). Je dirais qu'en fait, je ne parle jamais de la relation, parce que finalement... Mais l'activité générale c'est systématique, les vocalisations oui, le contact aussi, je ne parle pas de l'expression faciale. Mais en tout cas, 3 items y sont en permanence : le 2, le 3 et le 4 (avec l'échelle sous les yeux).

Donc, vous n'utilisez pas, je suppose, le film si vous avez un doute ?

Je n'ai pas le droit. Ou alors il faudrait que je demande à chaque fois, à chaque nouveau parent, l'autorisation de filmer son enfant et lors d'un premier contact dans une arrivée en crèche et bien ce n'est pas du tout adapté. Et après, les parents ont des difficultés, filmer l'enfant pour leur envoyer un moment important d'accord, filmer l'enfant pour l'évaluer en leur absence, ça ne fonctionne pas.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

Oui, ça m'a apporté quelque chose, c'est pas l'échelle en elle-même, c'est cette formation et cette approche là, tout simplement pour pouvoir repérer, ce que lui appelle la détresse d'un bébé. Mais en fait oui, l'inconfort d'un enfant aussi. Et surtout, moi ce qui m'avait beaucoup marqué lorsqu'on avait fait la formation, c'est quand vous avez un enfant qui entre bien plus en contact avec vous qu'avec son papa qui est là. On voit visiblement un enfant qui systématiquement vient rechercher votre contact. Surtout qu'en plus moi je les pose sur mon bureau entre le parent et moi et on voit tout de suite, alors il y a des enfants qui ont un torticolis ou qui ont des difficultés d'un côté plutôt que l'autre donc ça on le voit, et après on voit des enfants qui systématiquement viennent chercher votre regard et se retourne pas vers le parent, même quand on les modifie, quand on les voit tête bêche, quand on cherche autre chose, ou même moi quand je modifie ma position de façon à ne pas être devant une

fenêtre. Et ça ça m'a aidé, beaucoup aidé.

Car finalement, si vous étiez bien formée, déjà à la base de part votre formation sensori-motricité par exemple, il y a certaines choses que vous avez apprises à voir différemment ? *Tout à fait, oui.*

Mais après, ça n'a pas modifié votre suivi ou votre prise en charge des enfants ?

Non, parce que ce n'est pas moi qui les prends en charge. Par contre, là où ça a modifié. C'est à dire qu'après, c'est vraiment un signe d'alerte pour moi, donc je regarde après comment l'enfant se comporte au sein de la collectivité. Et on travaille du coup avec les équipes en fonction, derrière, c'est par l'intermédiaire de l'équipe que j'arrive à travailler avec les parents. Ce qui est compliqué c'est que je ne suis pas le médecin traitant de l'enfant. C'est au sein de la collectivité. Je n'ai pas le droit de prescription. Donc en fait, à chaque fois, je dois repasser par l'équipe, par les parents, pour demander, par exemple des examens complémentaires s'il y en avait, mais il faut l'adhésion des parents aussi. Et comme je ne suis pas médecin traitant, c'est difficile, parce que parfois je vois des choses que les médecins traitants ne voient pas.

Et, vous ne pouvez pas, comme c'est des enfants, faire un lien avec la PMI ou le médecin généralistes (en référence au secret médical) ?

Alors, si le parent n'est pas d'accord, ou si en tout cas vous n'avez pas averti le parent, ça coince.

Oui, sauf s'il y a un danger immédiat, là il n'y a pas de secret...?

Le problème, c'est qu'on passe au-dessus des parents, c'est à dire qu'on ne leur rend pas leur place. Une seule fois, j'ai contacté un médecin traitant, puis j'en ai parlé au parent derrière, et ça a été dramatique : plainte au conseil de l'ordre, ce parent est allé en PMI voir comment ça se passait, s'est renseigné partout. Donc on voit à quel point ça peut être compliqué. Pour une broutille, là c'était même pas pour ça. Et c'est vrai, que je me rends compte qu'il faut vraiment faire alliance avec le parent. C'est à dire que si vraiment l'enfant est en grande difficulté ou si vraiment il y a quelque chose de particulier où là je vais avertir le parent et je vais lui dire "je vais contacter votre médecin".

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

La possibilité de ne pas pouvoir filmer.

Et mon mode d'exercice en fait. Si j'observe quelque chose, c'est difficile de dire "j'aimerais vous revoir dans 15 jours", je ne suis pas le médecin traitant. Je m'en sert pour faire autre chose en fait, pour travailler avec l'équipe, mais c'est plus difficile de travailler avec le parent, qui ne comprend pas, parce que je ne suis pas là pour ça.

Vous disiez, vous voyez l'enfant avec ses parents à l'entrée et après vous le revoyez tout seul ?

Alors, je ne vois pas l'enfant tout seul, en fait, ce qui se passe, c'est que je fais des temps d'observation sur les différentes unités qui accueillent les enfants. Et donc, effectivement, quand je vois quelque chose qui m'interpelle, souvent, je retourne faire des temps d'observation au sein de l'équipe, mais en règle générale, si moi j'ai observé quelque chose, très souvent l'équipe l'observe aussi. Et après on croise nos regards, et après on travaille avec les parents.

5) De façon globale, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Moi je pense que ce serait super intéressant. Par contre c'est chronophage. Par exemple, moi je garde les enfants 1h, parfois plus, parce que je peux le faire, c'est super intéressant, c'est vraiment dans de la prévention. Mais je vois quand j'en discute avec les parents, ils me disent que ce soit avec le pédiatre ou le médecin généraliste, souvent ils n'ont pas le temps. Quand on est médecin de PMI, je pense que peut être, elles peuvent y arriver. Après le reste... Alors je pense, que probablement, il y a un cabinet de médecin généraliste qui sont en capacité de le faire car elles ne font que de la pédiatrie. C'est vraiment un cabinet où elles sont extrêmement attentives, vous verriez les carnets de santé, c'est un vrai bonheur.

[Digression] J'en reviens à la question 5, donc, c'est pour cela que je m'intéresse plutôt à l'échelle M-ADBB, parce que je trouve qu'elle est plus courte et peut être plus facile à utiliser en pratique de médecine générale. Alors je ne sais pas ce que vous en pensez ? Ou vous pensez que ça reste chronophage ?

Ah oui, surtout qu'en plus les 5 items, ils sont quand même sacrément intéressants déjà, c'est plus facile.

Ca vous paraît possible de le faire sur le temps de la consultation tout en observant l'enfant, en ayant les items en tête, sans faire recours à la vidéo ?

Alors, je pense qu'on doit pouvoir. Mais alors il faut que ce soit une consultation où il n'y a pas les vaccinations. C'est compliqué, parce que quand on voit les consultations, ils sont systématiquement mesurés, pesés. Il y a toujours l'alimentation chez les tout petits. Il y a plein de choses à voir chez les tout petits en fait. Donc il faut quand même une sacrée disponibilité. Par contre, je pense que celles qui prennent le temps de poser toutes ces questions sur l'alimentation, le sommeil, les

acquisitions, de voir comment l'enfant fonctionne... doivent être à même à la mettre en place cette échelle.

Donc quelqu'un qui, comme vous le disiez tout à l'heure, qui a déjà un regard habitué de l'enfant ; sinon ce serait trop compliqué ? Ou est-ce que ça pourrait être intéressant ?

Moi, je pense que ce serait intéressant pour qu'on sorte un petit peu que de l'examen clinique. Un examen clinique répété tous les mois, je ne suis pas sûr que ça ait un grand intérêt. Alors que ça oui, dans le développement d'un tout petit oui, c'est excessivement important. Dans l'ordre dans le sens où on fonctionne, non pas dans le soin, mais dans la prévention.

Quelque chose à ajouter ?

C'est intéressant, que vous m'ayez contacté. Je pense que je vais sortir mes documents et que je vais les relire. Peut-être avoir un outil de plus. Peut-être qu'avec du recul ça m'apportera plus. Parce que je me suis formée à d'autres choses en même temps.

➤ **Médecin 8**

Enregistrement dysfonctionnel.

Cet entretien n'a donc pu être retranscrit mot à mot. Cependant les notes recueillies au cours de l'entretien permettent, a priori, de garantir l'intégralité des idées clés évoquées par le médecin interrogé.

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Nécessite de la pratique pour ne pas perdre la main. Suite à la formation ils ont formé un groupe de travail ADBB.
- Formation nécessaire. Donner l'échelle, sans formation avec ne semble pas possible.
- Groupe de travail travaille sur la base de vidéos, permettant une observation plus fine. C'est plus complexe dans le cadre de la consultation.
- Chance d'avoir des puéricultrices qui ont aussi fait la formation permettant d'avoir un double regard.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- "Je ne cote pas, par contre, ça me met en alerte". "J'ai les 5 items de la M-ADBB en tête".
- C'est une utilisation plutôt informelle.
- C'est une utilisation plutôt systématique, mais il y a beaucoup d'enfants pour lesquels on est tout de suite rassuré.
- Si un enfant paraissait en retrait, est-ce que vous coteriez plus strictement ?
- Oui, je pense que j'essaierais de faire au moins l'échelle brève (M-ADBB)
 - + Groupe de travail, visionnage des films réalisés par les confrères et cotation ensemble.
- Film : pas devant un inquiétude, plutôt si l'occasion se présente, par exemple si un étudiant est là et dans le cadre des ateliers de psychomotricité et si les parents sont d'accord. En consultation on ne peut pas, il faut déjà examiner l'enfant...
- Evaluation ADBB tracée dans le dossier si pathologique. Dossier du réseau Naître & Grandir comporte une case demandant si l'évaluation a été faite.
- Permet guidance auprès des parents.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

- Mise en alerte : enfant, maman, contexte.
- Intervention plus précoce et plus ciblée.
- Sensibilité préalable au relationnel de l'enfant, mais accrue. Notamment chez les enfants très petits, dès 2 mois.
- Un avantage de cette échelle c'est que : parfois on peut être rassuré par le bon développement moteur de l'enfant, le fait d'avoir fait cette formation, même avec un bon développement psychomoteur on est plus sensible au relationnel de l'enfant.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- Faire l'échelle dans son intégralité et avec rigueur : chronophage.
- Incertitude du résultat ? Non, et dans ces cas-là, ce qui serait intéressant, c'est de re-coter avec un confrère.

5) De façon globale, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- *Oui, bien sûr.*

- *Pourquoi ?*

- *Parce que ça permet de faire de la prévention.*

- *L'examen du nouveau-né, n'est pas le même en cabinet de médecine générale et en PMI.*

- *En PMI : très utile.*

- *Cabinet : si médecin a l'habitude d'examiner les tout petits, à l'œil aiguisé. Intéressant pour tout médecin généraliste qui voit les tout petits.*

- *Pour les médecins qui n'ont pas l'habitude des enfants, porter cet outil à leur connaissance, pourrait-il les sensibiliser ?*

- *La formation est très intéressante et serait intéressante pour tout médecin généraliste.*

Autre chose à ajouter ?

- *Perfectionnement avec la pratique. Permet d'entretenir la capacité à utiliser cette échelle.*

➤ **Médecin 9**

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Euh je pense que c'est une échelle qui nécessite de la pratique, et en théorie elle doit être suivie quand même d'un groupe de pratique. Il y a en a un qui s'est monté chez nous, sur X. Avec X, avec le covid malheureusement, on n'a pas pu assister aux séances prévues, enfin, moi je n'ai pas pu. Mais je pense que c'est une échelle qui nécessite un entraînement. Après, moi je suis médecin de PMI et dans la pratique de PMI, les médecins de terrain voient beaucoup de bébé donc...

D'accord, et au niveau de la formation initiale, est-ce que ça vous a paru difficile ? Est-ce que les items sont clairs, etc ?

Alors, les items sont clairs. Après, d'avoir une cotation qui soit fiable nécessite un entraînement, voilà. C'est pas facile mais j'irais pas jusqu'à dire que c'est difficile.

Est-ce que vous trouvez que c'est assez chronophage comme formation ?

Vu l'attente... Alors pour, euh, moi je suis dans le cadre de la PMI donc pour moi les 4 jours sont vraiment nécessaires. Après chronophage, peut-être dans certaines pratiques, mais pour la nôtre, voilà c'était plutôt intéressant d'avoir les 4 jours.

Et la M-ADBB est ce qu'à votre avis il faudrait 4 jours aussi ? Ou on pourrait faire moins ?

La M-ADBB toute seule ? Ouais. Alors, peut-être qu'on pourrait faire moins mais pour arriver à comprendre la finalité euh, ouais je pense que 4 jours c'est quand même pas de trop !

D'accord, est-ce que aujourd'hui, si vous l'utilisez, est-ce que vous avez recours au support pour être sûre justement de votre cotation ?

Alors, moi le problème c'est que je suis médecin responsable de service, je suis moins sur le terrain que mes collègues. En fait moi ce que j'utilise surtout c'est leur résultats à elles que je comprends parce que j'ai fait la formation. Voilà, si je ne l'avais pas faite je ne pourrais pas comprendre de quoi elles me parlent. Par contre, si à un moment donné je retourne sur le terrain, je l'utiliserais, sans doute avec le support au début. Je pense que quand on ne le fait pas tous les jours, il faut le support.

Et, c'est vrai j'ai oublié de vous poser la question au début, où vous travaillez exactement ?

Alors moi je suis responsable du service de PMI, donc en fait je gère l'équipe de PMI de terrain qui est constitué de médecins, de puéricultrices, de sages-femmes, d'infirmières, voilà. Et donc, je fais pas autant de clinique qu'elles, j'en fais un peu, je dépanne, voilà. Mais par contre, c'est moi qui prends des grosses décisions, et notamment, le passage de la prévention à la protection de l'enfance, donc l'évaluation du retrait des enfants ça fait quand même partie des éléments fondamentaux dont on a besoin, voilà.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de la M-ADBB ?

Alors, moi j'en n'ai pas un usage quotidien, par contre, j'ai un retour de mes équipes, voilà. Quand ils sont inquiets pour un enfant... Je pense que en consultation ils le pratiquent régulièrement. Et quand on a une situation pour laquelle on est inquiets, voilà, là ils le font et ils m'en parlent.

Ok, et quand vous voyez des enfants, comme vous dites, « pour dépanner », est-ce que vous l'avez dans un coin de votre tête

cette échelle ou est-ce que vous ..?

Oui, oui, oui ! Oui, depuis que je suis formée, je l'ai en tête oui, bien sûr.

Mais vous ne cotez pas tant que vous n'avez pas une inquiétude vraie ?

Alors, il faut dire qu'avec le covid, c'est venu quand même emboliser notre pratique. Euh, donc après comme je fais moins que mes collègues, c'est sûr que je ne vais pas coter en tout venant. Mais après, il faudrait voir avec mes collègues médecins de terrain si elles cotent à chaque consultation ou sur inquiétude. Moi j'ai pas cette pratique là pour pouvoir amener une réponse, voilà.

D'accord, quand vous l'avez en tête, est ce que vous avez tous les items ? Pardon si c'est un peu redondant. Est-ce que vous avez plutôt l'ADBB grande ou plutôt la courte ?

C'est plutôt la courte. C'est plus simple.

Et du coup, je suppose que vous personnellement vous ne faites pas de film ? Parce que jusque-là vous ne l'avez pas utilisé ?

Non, par contre j'ai des membres de mon équipe qui en ont fait.

Et, est ce que, dans votre équipe vous marquez dans le dossier la cotation ?

Alors, moi j'ai pas eu l'occasion de le faire, de marquer dans un dossier la cotation. Mais ça pourrait m'arriver.

D'accord et au sein de votre équipe vous n'avez pas pris de décision particulière à ce sujet ? Chacun est libre de l'utiliser ou pas ?

Tout à fait ! Et notamment les personnes formées, comme tout le monde n'est pas formé. Mais du coup les personnes formées sont sollicitées, si y a besoin.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

Et bien c'est un outil supplémentaire. Voilà. C'est vrai que sans la formation avoir cette observation fine des signes de retrait de l'enfant en bien on ne l'avait pas. Et même si elle validée pour les enfants plus jeunes, elle perd de son sens chez les plus grands, mais du coup c'est quand même une pratique d'observation de l'enfant qui est utile très régulièrement pour nous. Alors moi, si je suis chef de service, moins que chez les médecins de terrain, mais je pense que pour les médecins de terrain c'est vraiment très très intéressant.

Et, vous, justement en tant que médecin de PMI, vous étiez déjà bien sensibilisés à ça ou c'est quelque chose de nouveau qui s'est rajouté ?

Ah non, on était déjà sensibilisés à cette approche, mais on n'en avait pas les détails. Donc après si on veut aussi comprendre de quoi parlent les collègues, voilà, il faut être formé.

Est-ce que ça a modifié le suivi ou la prise en charge des enfants que vous rencontrez ?

Alors, moi mon suivi non, car j'en fais pas assez pour pouvoir dire ça, mais par contre mon approche de l'observation de l'enfant, oui je pense. C'est vraiment ajouter un plus dans mon observation !

Et quand vous disiez tout à l'heure que pour les dossiers compliqués c'était vous qui agissiez dans la prise de décision pour un placement, etc. Est-ce que par exemple, ça a pu arriver que ces enfants-là aient une cotation ADBB et est-ce que ça a eu un poids ?

Et bah, la dernière fois que c'est arrivé, en fait, la cotation ADBB était plutôt rassurante ! Donc, justement, on a pu temporiser la réaction qu'on a eu, voilà.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

Bon là, dans ma pratique c'est que je ne suis pas assez sur le terrain !

[Bug téléphonique]Donc on parlait des freins vous disiez que vous n'étiez pas tellement sur le terrain...

Par contre, pour moi c'est intéressant quand les personnes de mon équipe l'utilisent ou ma puéricultrice d'appui parental. On bénéficie de l'appui parental dans mon service. Voilà, quand elle me fait un retour, ça nous permet de bien nous comprendre. Donc en fait, j'ai pas vraiment de frein, voilà à part dans ma pratique personnelle, le fait de ne pas voir des enfants tout le temps.

D'accord, et si vous ne faites pas (c'est pas du tout une critique) systématiquement l'échelle chez tous les enfants, c'est pour quelle raison ?

Parce qu'il y en a beaucoup qui n'ont pas l'âge ! Ce qui ne m'empêche pas de les observer avec les éléments que j'ai appris.

Ça vous semble pas chronophage de le faire pendant la consultation ?

Non. Après, si je devais vraiment bien le coter, je pense que peut être, je donnerais un RDV en dehors de la consultation si j'ai une inquiétude particulière, je ferais une consultation seulement pour ça. A mon avis.

Et est-ce que vous feriez un film ?

Alors là, c'est pareil, un film pendant la consultation, c'est peut-être un peu compliqué, mais si j'ai une consultation dédiée à l'enfant, à son observation sur une quinzaine de minutes, pourquoi pas oui, avec l'autorisation des parents.

Ok, et vous disiez au tout début, vous parliez d'une cotation fiable, et le fait de faire ça en groupe. Et ce que en consultation seule vous vous arrêteriez là, vous auriez confiance en votre score ?

Alors j'aurais confiance mais peut-être pas totalement, parce qu'il nous a manqué un entraînement avec le covid qui a arrêté nos réunions. Je pense qu'il faut vraiment quand même du travail de groupe.

5) Globalement, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Alors pour les médecins généralistes qui voient beaucoup d'enfants, qui ont une pratique orientée pédiatrique, sans doute. Mais je pense qu'il faut quand même une pratique orientée pédiatrique, voilà. Si les enfants sont une minorité de la patientèle, non.

Non parce que ?

Non parce que ça nécessite une pratique et une expérience du jeune enfant. Donc il faut, je pense, il faut une pratique orientée vers la pédiatrie. Bon après je peux me tromper, je suis en PMI, c'est un peu particulier.

Je comprends, beaucoup d'autres m'ont dit ça aussi d'ailleurs. Ça permet aussi le fait d'avoir l'habitude de voir des enfants, de savoir bien mettre en perspective le « normal » du « pathologique ».

Oui, c'est ça.

Est-ce qu'il y aurait quelque chose que vous voudriez ajouter ? Non.

➤ **Médecin 10**

Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Eeuuh... Difficultés d'apprentissage... ça nécessite, enfin... Disons qu'il y a la théorie et après ça nécessite effectivement de voir et de s'entraîner ensemble sur des vidéos, de comparer sa cotation avec celles des collègues, voir si on est dans les cordes ou pas. Voilà je pense qu'avec les journées qu'on a eu en fait, d'entraînement, c'est relativement accessible.

Et la théorie justement qui est la même pour l'échelle longue que l'échelle courte vous diriez que ça nécessite toujours plusieurs jours de formation ? Ou est-ce que c'est un concept qui est finalement relativement accessible ?

Non, moi je trouve que c'est facilement accessible.

C'est plutôt après l'utilisation de la cotation qui est compliquée ?

Oui voilà, c'est d'être dans une cotation fiable, de voir si effectivement on cote bien les bonnes choses, euh voilà. Si c'est quelque chose de reproductible.

Est-ce que aujourd'hui, si vous l'utilisez toujours, vous avez recours au support régulièrement pour être sûre de pas vous tromper ?

Alors, j'ai toujours recours au support ! Parce que je ne l'utilise pas assez souvent, voilà. Donc je suis obligée d'avoir recours au support ! Je le relis avant, ahah ! Voilà, je suis obligée.

Et après, justement, là vous l'utilisez peut-être pas assez souvent, mais vous diriez justement que la pratique permet de se perfectionner et que ça devienne quelque chose de plus automatique, facile ?

Oui, je pense vraiment que si on l'utilise très souvent, je pense qu'effectivement on doit pouvoir lâcher le support.

Maintenant, voilà, moi très sincèrement je l'ai peu utilisé ; alors ça m'a permis par contre d'apporter, voilà... Je suis plus vigilante sur certaines choses qui font partie de l'échelle chez l'enfant, même si je vais pas forcément aller faire la vidéo et ensuite faire la cotation. Après dans mon observation en fait au quotidien des enfants que je reçois en consultation, je suis beaucoup plus vigilante et j'ai l'impression d'observer des choses que je n'observais pas avant. Peut-être je sentais quelque chose qui n'allait pas mais sans pouvoir mettre des mots dessus ou l'identifier réellement. Donc là je suis vigilante sur certaines choses. Après, voilà, il m'arrive quand même rarement de passer, de dire "voilà je vais faire la cotation", de proposer de filmer.

D'accord, donc là justement vous étiez en train de répondre à ma deuxième question, qui est :

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

Donc si je comprends bien, vous ne l'utilisez pas, ou vous avez par contre un regard qui...

Oui alors je l'ai utilisé une fois où j'ai fais la vidéo, j'ai demandé à d'autres collègues aussi qui ont été formés. Moi j'ai coté, j'ai pas donné ma note, j'ai demandé à d'autres collègues de coter également pour voir si on était un peu raccord. Et voilà. Par contre, voilà c'est quelque chose que j'aimerais avoir davantage, plus de temps pour l'utiliser. Après bon, il y a eu toute cette période où on a été, on a fonctionné un peu différemment à cause du confinement, de janvier à juin on a été complètement déssectorisé, on recevait des enfants tout venant et pas forcément de notre secteur, on les revoyait pas forcément, enfin c'était un peu particulier comme pratique. Là on revient un petit peu sur nos habitudes de travail, même si actuellement on est en sous-effectif, donc c'est un peu compliqué. Parce que du coup, ça nécessite en fait, moi, je l'ai pas fait sur le temps de la consultation, c'était pas possible. J'ai demandé à revoir la personne, j'avais un créneau, j'ai demandé à ce qu'elle revienne, voilà, fin de semaine pour qu'on puisse faire ça.

Ok, donc justement, quand vous avez fait réellement l'échelle c'est parce que vous aviez une inquiétude sur un enfant ?

Je trouvais que le bébé était en retrait, ouais, vraiment. J'avais le sentiment que le bébé était en retrait, j'avais des inquiétudes sur le comportement du bébé.

D'accord. Et là, dans ce cas là, vous avez fait la longue ou la courte ?

J'ai fais la longue.

Mais pour autant, quand vous êtes dans votre consultation vous avez un regard nouveau, mais vous ne vous faites pas en tête les 5 items de la courte ? C'est plutôt quelque chose de global ?

Ouais, après le contact visuel il est important. La relation, l'activité générale. Je suis peut-être moins attentive aux vocalisations, voilà je ne compte pas sur ma consultation le nombre de vocalisations différentes qu'il va faire. Je pense que le faire en temps réel c'est pas possible ! L'expression faciale j'y suis vigilante aussi, après je ne compte pas le nombre d'expressions faciales. Euh voilà, après je suis très vigilante comment on établit le contact, est-ce que c'est rapide ?...

Ok, finalement vous faite, puisque la courte elle se cote, vous vous souvenez, sur "normal", "peut être bizarre" et "pas normal", c'est presque ça que vous faites finalement.

Donc, quand vous l'avez fait, vous avez fait un film et est-ce que vous avez tracé ça dans le dossier ?

Alors oui, je l'ai dans le dossier, je me suis imprimée l'échelle avec la note à la fin. Et j'ai également, comment dire, l'autorisation signée par les parents. Par contre, je ne l'ai pas écrit dans le dossier. C'est sur cette feuille volante.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

Euh... Alors, disons que ça me permet d'être plus vigilante sur le comportement du bébé et surtout de pouvoir l'identifier le retrait. D'être vigilante à ça et de le prendre comme une problématique à part entière, en tout cas, enfin, c'est à dire comme un symptôme et je vais aller chercher pourquoi, qu'est ce qui se passe quoi, pourquoi il marche comme ça. En fait c'est parfois, c'était des consultations où parfois on n'était pas à l'aise, il y avait quelque chose qui nous dérangeait, on n'arrivait pas trop à... On se disait "mince on a toujours l'impression de louper un truc" à la fin de la consult, euh, voilà. Et là, enfin voilà, ça permet d'identifier ça et puis après d'aller poser des questions à la famille et de dire "bah vous qu'est ce que vous observez ?" "Moi je vois ça, ça m'inquiète, et vous, comment ça se passe chez vous ?" Et des fois il y a des parents qui m'ont ramené des vidéos pour me rassurer, ahah ! J'avais un petit notamment, lui, par contre, porteur d'une trisomie 21, que je trouvais en retrait relationnel alors que ce n'est pas le cas habituellement de ces bébés qui sont plutôt rigolards, joviaux, joviaux ? Et là, vraiment je devais aller le chercher à chaque fois et je demandais à la maman comment ça se passait à la maison et elle m'a ramené des vidéos où elle l'a filmé avec son frère... Bon après c'était un bébé qui était suivi par ailleurs.

Ok, donc si je comprends bien avant vous étiez déjà un petit peu sensible à ça mais l'échelle permet d'objectiver.

Ouais c'est ça, ça permet d'objectiver, de mettre des mots aussi. Même, j'ai eu des parents, c'est pas une impression où on n'est pas bien, il y a un truc qui cloche...

Et le fait d'objectiver a permis de modifier votre suivi, votre prise en charge ?

Alors, bah, là notamment le bébé pour qui j'ai filmé, on a fait la vidéo et on a coté. Bon, euh, du coup, on a discuté avec la maman, elle était dans une situation très très très compliquée. Un premier enfant qui est placé... Voilà, moi je ne suis pas psy, mais je pense qu'elle a une problématique, que la relation avec le bébé était pas toujours adaptée et pas du tout optimale. Alors du coup, je l'ai orienté très vite vers le CMP. Le jeudi suivant elle avait un rendez-vous avec l'accueil parent-enfant du CMP où j'avais fait un petit mot en expliquant ça. Du coup, bon ils ont proposé à ce qu'elle revienne chaque semaine et puis voilà. J'ai demandé, j'ai appelé sa kiné sur ma première impression, parce que je l'avais déjà vu une fois ce bébé. Sur ma première impression j'avais prescrit de la kiné motrice, parce qu'en plus il avait une hypertonie axiale, et mine de rien la kiné ça

permet aussi de travailler la relation mère-enfant. Et j'ai appelé la kiné pour lui demander aussi de, voilà, de l'aider au portage, d'essayer de mettre des choses en place. Donc oui, ça a modifié. Bon après, malheureusement, on a terminé quand même par placer l'enfant. Alors pas à cause de cette échelle, mais parce qu'il y a eu un passage à l'acte.

Donc, oui, là on parle de l'enfant pour lequel vous aviez fait une vidéo, pour lequel vous étiez inquiète ? *Oui.*

Et au final, vous aviez pris ces mesures peut-être plus vite que si vous n'aviez pas eu cette échelle ?

Oui. Oui, puis là du coup, c'est vrai que des fois le CMP c'est un peu long... Là du coup, le fait de parler de ça avec l'équipe qui était un peu la maman, ça a parlé, et du coup je pense que c'est allé très vite vers le CMP aussi. J'ai l'impression que ça a été un peu un catalyseur. D'ailleurs, ça a intéressé l'équipe du foyer mère enfant !

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

Alors, il y a plusieurs choses. Il y a le temps, ça c'est clair. Parce que sur un temps de consultation... Je suis dans la consultation, le temps de me dire, "tiens il y a un truc qui cloche"... Nous on les revoit de mois en mois en principe. Sauf que là bon, c'est que, il faut... Et puis c'est des consultations en fait où il y a des vaccins à faire, des choses comme ça, donc voilà moi je me vois pas le faire autrement qu'en différant, c'est à dire en donnant un autre rendez vous, où on peut faire un examen médical simple, ça va être l'occasion de faire cette vidéo mais on va se décharger de tout le reste quoi. Parce que des fois on essaye de voir un peu si ils vont chez la kiné, on oriente chez l'ORL, on parle de l'alimentation, du sommeil... Donc là on se décharge un peu de tout ça et on se centre que là-dessus. Parce qu'en plus il faut expliquer, il y a cette feuille à faire signer, l'autorisation... Et puis, bon, moi je suis pas, peut-être pas encore la génération vidéo, voilà, je la fais avec mon téléphone portable moi la vidéo, et l'air de rien, voilà, je trouve ce côté, enfin moi c'est comme ça que je le ressens, après c'est probablement à tort, mais je trouve que le côté vidéo comme ça, ça peut être perçu comme intrusif. Oui je comprends tout à fait. Et du coup, ça j'ai encore du mal à l'expliquer cette vidéo...

Et, est-ce que vous n'envisageriez pas de faire une cotation sans vidéo ? Notamment avec l'échelle courte justement qui est plus facile ?

Oui, c'est un peu ce que je fais parfois. Mais après je pense vraiment que le fait de différer, on est beaucoup plus objectif, je m'en suis rendu compte.

Le fait de filmer vous voulez dire ?

Oui, le fait de filmer puis de regarder après. C'est plus objectif quoi, on est vraiment plus objectif et puis en plus ça permet de partager. Enfin voilà, moi je l'ai envoyé à tous ceux qui avaient eu la formation, j'ai eu deux réponses et du coup ça m'a conforté dans ma cotation.

Donc, justement, ça vous a conforté dans votre cotation, vous préférez toujours que ce soit une évaluation à plusieurs ? Votre évaluation ?

Alors, je sais que normalement, enfin, je pense, que le fait de l'avoir vu en direct, je pense que mon évaluation est la meilleure, ahah ! Mais ! Voilà, parce que je la fais juste après... Après, moi j'ai pas expliqué aux collègues quand j'ai envoyé la vidéo, j'ai rien donné comme élément, sauf l'âge du bébé. Du coup, pour le coup, c'est hyper objectif ! Comme je ne le fais pas suffisamment souvent, je me suis dit que peut-être, justement, le fait de coter à plusieurs ça allait resserrer l'étau de la note, et finalement on avait des notes assez équivalentes.

5) De façon globale, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Enhenh, bonne question. Je pense que c'est pertinent. Après, je suis pas persuadée qu'en libéral, pour en avoir fait un peu, qu'ils soient là-dedans. Maintenant, c'est vrai qu'avec les internes qui viennent on en parle justement du retrait relationnel, d'être vigilant à la relation, au contact visuel, à l'activité générale... D'être vigilant à l'expression du visage, etc. Mais voilà, après je sais pas si, aller faire la vidéo... Je ne sais pas, j'ai du mal à me représenter. Parce que bon, en soins primaires, ça dépend. Si c'est des médecins généralistes qui suivent des enfants dans le suivi du développement, effectivement c'est pertinent. Après moi, j'ai, voilà, il y a pas mal de médecins qui les voient essentiellement quand il y a des pathologies ou qu'ils sont enrhumés, pour faire un vaccin... Et du coup, je sais pas, j'ai l'impression quand même, j'ai repéré quelques noms de médecins sur X, où j'ai l'impression qu'ils sont quand même vigilants sur le développement de l'enfant, sur la relation, j'ai vu quelques mots dans les carnets. Pourquoi pas oui.

D'accord, parce que, vous disiez, vous en parlez justement avec les internes. Peut-être, justement, le fait de porter cette échelle à la connaissance d'un médecin généraliste, même qui n'est pas habitué aux enfants et ce que ça pourrait être quand même un moyen de sensibilisation ?

Ah, oui, ça pourrait être un moyen de sensibilisation ouais.

Et, pour les médecins de PMI, ça vous semble important à avoir comme outil ?

Ah oui, ouais. Et après c'est vrai que là du coup, sur le centre mère-enfant ça les a intéressés aussi. Alors après dans ce centre il n'y a pas que des professionnels de santé. Il y a des auxiliaires de puériculture, il y a une puéricultrice, il y a un éducateur, enfin une éducatrice. Il n'y a pas que des professionnels de santé mais du coup ça les intéressait aussi.

D'accord, merci. **Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?** Euh, non pas particulièrement non.

➤ Médecin 11

Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Euuuh... Ca reste assez complexe quand même, l'apprentissage... C'est vrai que c'était assez subtil, il y avait pas mal de critères. Même si M-ADBB, elle est plus courte, il faut quand même passer par l'apprentissage de l'échelle complète avant de passer à la courte. Donc ça reste, l'apprentissage en lui-même reste complexe.

Assez chronophage peut-être ? Il faut quelques jours de formation comme on a eu à votre avis ?

Oui, après je pense qu'il faut... ça suffit pas quoi. Certes après il faut se lancer à faire des films et tout ça. Mais il faut aussi je pense, là pour le coup, une journée un an après, pour re-fixer les choses.

Ok, donc il faut la pratiquer, il faut en reparler derrière pour vraiment... Ouais.

Est-ce que, si par hasard vous l'utilisez, il vous faut prendre le support justement pour l'utiliser correctement ou être sûre de votre cotation ? Oui.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

Au quotidien, non, je ne l'utilise pas au quotidien, après je reste, comme je disais par mail, je reste toujours très vigilante sur le comportement, l'état de l'enfant, tout ça, mais sans forcément coter.

Et, vous ne cotez jamais ou est-ce que s'il y a une situation qui vous inquiète par exemple vous allez le faire ?

Non, c'est vrai que, je ne cote pas non.

Est-ce que c'est suite à la formation ou est-ce qu'en fait, vous examinez les enfants et vous êtes vigilante comme vous l'étiez déjà avant ?

Ouais, je pense que, je ne sais pas si... Je pense que j'étais déjà vigilante avant ouais.

D'accord, et quand vous observez l'enfant vous vous dites « je regarde son regard, ses expressions... » ? Oui.

Vous regardez à votre avis les 8 items ou les 5 items de l'échelle ? Euh Je ne saurais plus dire les 8 items là en fait.

Du coup, de manière libre comme ça, vous me direz quand vous examinez un enfant, qu'est-ce que vous regardez ?

Alors, ses mouvements, son regard, si je capte son regard, si je l'accroche, s'il suit du regard ou pas, ses mimiques, ses sourires, ses bruits, les sons qu'il fait.

Ok, en fait c'est ce qu'on retrouve dans l'échelle courte. Ouais ouais.

Donc, je suppose, vous ne faites pas de film ? Non, non, je n'ai pas le temps !

Et, est ce que vous marquez dans le dossier si vous trouvez qu'un enfant est en retrait ? Vous vous mettez une note ?

Sans mettre de note, mais je le note ouais.

Ok, oui dans ce sens-là. Sous le terme retrait relationnel ? Euh oui, oui, oui.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

Je dirais plus que... Euh... je ne sais, ouais, je dirais que ça a conforté le fait d'être vigilant à tous ces critères-là.

D'accord, vous n'avez pas modifié votre façon de suivre un enfant, de le prendre en charge ?

Euh, disons que ça a peut-être accentué ma vigilance je vais dire.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

Le temps, ça c'est clair. Et puis, oui, le fait de devoir filmer, et... comment dire... si je constate quelque chose, si j'ai des clignotants qui vont s'allumer pour un enfant donné, quelque chose comme ça. Il est vrai que, la première fois, je vais plutôt le garder pour moi. Et je vais pas forcément tout de suite en faire part à la maman, parce que je trouve quand même que les

mamans s'inquiètent, et ça peut aussi accentuer la situation, ça peut accentuer l'inquiétude de la maman. Et, en revanche, je vais donner des conseils à la maman : des conseils de portage, de parler à son enfant, de le regarder, de lui faire des massages, de le caresser, enfin voilà, ça pour le coup oui, je vais insister là-dessus. De le stimuler de telle ou telle façon, voilà des choses comme ça. Mais c'est vrai que, si je suis inquiète, il m'arrivera de reprogrammer un rendez-vous. Enfin là pour le coup, je pense à un enfant plus grand, c'est pas un bébé... Il m'est arrivé, pour des enfants plus grands, d'avoir des inquiétudes. De quel âge ? Là par exemple, c'est un enfant de 2 ans et demi pour qui je suis inquiète. Et je suis nettement, nettement inquiète, et je vois que la maman elle s'est bloquée, alors que je le connais depuis bébé en fait cet enfant, c'est une maman avec qui j'avais un bon, enfin je pensais avoir un bon lien ! Et à 2 ans, il m'a pas plu, je l'ai fait revenir 2 mois après et en fait il me plaît toujours pas et j'ai tenté de l'exprimer à la maman, d'orienter vers le CMP enfant, quelque chose comme ça, et pouf, elle s'est fermée, bloquée complet ! Donc, ça reste très compliqué, de dire à un parent, qu'on est inquiet pour leur enfant. Ils ont du mal à l'entendre, et entendre que l'objectif c'est de déceler quelque chose ou pas mais d'aider à accompagner leur enfant. Et ça c'est compliqué ! Alors, est ce que c'est plus compliqué maintenant avec toutes ces histoires sur... On est dans une mauvaise période-là ! Le coup, du coronavirus, tout ça. Il y a beaucoup de choses là qui rentrent en compte. Mais voilà !

D'accord, donc un frein c'est de devoir l'exposer aux parents et du coup...

De se retrouver face à un refus en fait des parents. Et du coup, de parfois... Il m'est arrivé d'exposer mes inquiétudes à des parents d'un bébé. J'avais 2 jumelles de 3-4 mois dont une était franchement en retrait. Et, à l'époque j'avais pas encore fait la formation échelle ADBB. Et j'ai exposé mes inquiétudes aux parents, et bah je les ai plus vu quoi. Au bout de 3-4 mois ils ont disparus quoi. Donc voilà, c'est vrai que c'est le risque aussi. Et le fait de finalement d'attendre, et de donner des conseils en parallèle, sans avoir fait forcément de film ou de chose comme ça, euh, jusqu'à présent ça a débouqué les quelques inquiétudes que j'avais ressenti pour certains bébés.

Et, est ce que un autre frein potentiel aurait pu être le fait que cette échelle vous paraît compliquée et que du coup vous seriez assez incertaine de la qualité du résultat que vous trouveriez ?

Oui, c'est vrai. Oui, c'est vrai, c'est vrai.

5) De façon globale, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Oui je pense ! Je pense que, enfin... Oui. Je dis ça mais en même temps je ne l'applique pas donc c'est compliqué !

Après, on a l'impression que vous étiez quelqu'un qui était déjà sensible à ça de par votre formation, etc....

Ouais, mais je pense qu'il faut.

Finalement j'ai l'impression que vous l'utilisez un peu informellement, vous, de base, sans l'avoir appris. Parce que, après, ce que vous disiez par exemple, le problème des parents. Est-ce que l'échelle M-ADBB on pourrait imaginer l'utiliser sans vidéo, juste en aide à l'observation d'un nourrisson, dans la tête ?

Oui je pense. Là on enlève le problème des parents, du film... Oui tout à fait, du film, de l'autorisation et de cette anxiété qu'ils ont d'un mois sur l'autre s'il faut le revoir le mois d'après pour confirmer ou infirmer, oui, oui. Oui je pense ! Tout à fait.

Et du coup, si on enlève tout ça, est-ce que finalement ça paraît bien ? *Oui, oui, oui, je pense oui.*

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Je pense qu'effectivement, le fait de faire la vidéo et de pouvoir regarder ça ensuite dans un deuxième temps, je suis d'accord que c'est beaucoup plus pertinent, beaucoup plus précis. Là-dessus il n'y a pas de doute, oui, c'est clair. Mais je savais déjà en faisant la formation que moi le fait de faire une vidéo, ce serait un frein pour moi.

Et là, par exemple, la suite de ma thèse ça va être de présenter cette échelle courte à des médecins généralistes de tout horizon. A votre avis est ce qu'il y en a qui seraient plus réceptifs ou plus intéressés pour leur pratique ? Est-ce que c'est plutôt à votre avis réservé à des médecins qui ont l'habitude des enfants ou est-ce qu'un médecin généraliste qui n'en voit pas beaucoup ça peut lui être utile aussi ?

Euh... Les deux en fait. Même si un médecin n'en voit pas beaucoup, il peut quand même tomber sur un enfant qui est en potentiel retrait. Donc, quoi qu'il en soit, sensibiliser le médecin au moins au comportement, au relationnel de l'enfant, d'après moi, c'est primordial. J'ai encore, là parmi les enfants que je suis, j'ai encore des parents qui, on voit bien que dans leur schéma, un bébé, ça mange et ça dort. Donc on le voit encore ça ! Ça ne les dérange pas du tout, au contraire, plus il dort, plus c'est pratique ! Et donc... C'est assez terrible. Et donc je pense qu'il faudrait au moins sensibiliser là-dessus tous les médecins traitants, parce que c'est finalement pas normal. Mais malheureusement ça c'est des idées qu'avaient les grands

parents et on le retrouve encore chez certains parents. On n'est pas encore sorti de ça complètement, malheureusement.
Les médecins généralistes peuvent être des acteurs dans la prévention de beaucoup de choses. Oh oui, tout à fait !

➤ Médecin 12

Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

Euh, vous voulez dire, comment on se l'approprie c'est ça ?

Oui, est-ce que ça vous paraît difficile à comprendre, à se l'approprier, à utiliser, etc ?

Non, pas du tout non, non c'est assez facile.

D'accord, à votre avis, par rapport à l'échelle longue ? Ça vous semble chronophage ? Ou est-ce que ça peut être très rapide ?
Ça peut être très rapide.

Les items sont clairs si on les explique à une personne qui ne les connaîtrait pas ?

Euh, oui je trouve que c'est assez facile oui.

Est-ce que vous trouvez, justement, comme vous êtes allée le chercher à l'instant, qu'il faut garder un support à proximité ?

Oui, disons que, là si vous voulez, ça va être plus précis. Moi je vais voir un enfant, dès que je le vois, s'il y a des choses qui me paraissent un peu pathologique, je vais me dire "tiens, là j'ai pas le contact, il vocalise pas, là il bouge pas". Enfin voilà, voyez, ça va être assez simple. Et je vais me poser la question. Et je vais reprendre après l'échelle, si vous voulez, pour pouvoir bien coter.

Est-ce qu'à votre avis, le fait de pratiquer l'échelle permet de continuer de se perfectionner ? *Oui, oui, oui tout à fait.*

Ce qu'il y a c'est qu'on n'a pas le temps de filmer, c'est ça qui est dommage. Nous on travaille toujours avec une puéricultrice, et chaque fois qu'on a un enfant comme ça qui nous paraît un peu particulier, on se dit "tient, mais là tu vois si on avait le temps on aurait pu le filmer et le coter correctement." Mais c'est vrai qu'on n'a pas trop le temps.

Ce qu'il y a c'est que cette échelle, moi ça me permet, par exemple, quand j'ai un enfant qui me paraît pas bien, qui a un contact oculaire qui n'est pas de bonne qualité, des mouvements pas de bonne qualité, une relation qui me paraît pathologique... J'en parle tout de suite à la maman, je lui demande tout de suite si effectivement, l'enfant la regarde dans les yeux, comment elle le sent. Est-ce qu'elle est fatiguée, Est-ce qu'elle est dépressive ? Je demande tout ça aux parents d'emblée. Et puis, je dis à la maman "est-ce que vous avez du mal à l'interpeller ? Comment ça se passe dans la relation et tout ça ?". Et la fois suivante, l'enfant va nettement mieux parce que la maman elle s'est aperçue qu'effectivement il y avait quelque chose de particulier. Ou alors elle est allée voir quelqu'un parce qu'elle était pas bien, voilà. Tout de suite on sent que l'enfant va mieux à la consultation suivante. Sauf s'il y a une pathologie particulière, ça c'est autre chose. Mais dans les cas de dépression maternelle ou autre chose, il y a des mamans qui ont mal vécu leur accouchement ou qui vont pas bien, ça percute tout de suite. Et elles peuvent le dire aussi : il ne me regarde pas dans les yeux, elles le disent aussi.

Donc, au final vous avez un peu répondu à ma deuxième question qui était :

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

Si je comprends bien, vous ne le faites pas vraiment, vous avez les items en tête, parce que vous avez été formé à l'échelle ou si c'est parce que, de part votre formation, notamment au DU de l'attachement, etc ?

Ça fait les deux si vous voulez, c'est redondant de toute façon, quoi qu'il en soit. Il est certain, qu'on va être en alerte quand on voit un bébé qui nous regarde pas dans les yeux, qu'on a du mal à aller chercher, qui vocalise pas, qui va pas sourire, qui... enfin voilà l'habitude, le contact oculaire difficile... donc forcément, on va être alerté. De part cette formation encore plus, et de part aussi la théorie de l'attachement, ça c'est clair.

Vous faites une évaluation informelle dans votre tête, vous dites pas un score, mais...

Voilà je ne score pas forcément, mais c'est vrai que je devrais scorer plus. Mais il faudrait, je pense que ce qu'il faudrait c'est les filmer plus, voilà.

Donc, en fait ce que vous disiez, si j'ai bien compris, avec la puéricultrice, c'est quand il y a un enfant qui vous alerte, c'est là que vous vous dites que ce serait bien d'avoir le temps de filmer carrément et de faire l'échelle précise ?

Voilà. Et si vous voulez, les puéricultrices avec lesquelles je travaille, elles ont été formées aussi, donc forcément, quand elles passent dans mon bureau elles me disent "j'ai eu du mal à capter son regard, je trouve qu'il est...", elles le disent devant les parents, on alerte toujours les parents, c'est important.

Donc, jamais vous n'avez fait une cotation ?

Euh, au total ? Oui, ça m'est arrivé. Quand j'ai pu filmer. Mais c'est vrai que j'ai vraiment pas le temps quoi.

C'était plutôt avec l'échelle ADBB ou M-ADBB la ou les fois où vous aviez filmé ?

Euh, j'ai fais les deux, au départ la première [M-ADBB], puis j'ai essayé de faire la deuxième [ADBB].

Ah oui, les deux d'un coup donc.

Oui, bah oui, si on filme, on peut le voir plus. Ce qu'il y a c'est qu'il faut un film long. C'est ça, il faut 8 minutes. Et par exemple, j'ai un exemple, d'un enfant, euh, alors, donc, la maman est psychotique, donc on a laissé l'enfant avec la maman, avec l'intervention d'une travailleuse familiale et après aussi des mesures judiciaires. Et du coup, cet enfant au début, ne captait pas le regard, avait des difficultés, enfin bon. Donc j'ai voulu le filmer, mais je ne l'ai pas filmé assez longtemps, et je l'ai présenté à M. Guedeney dans la formation, il m'a dit "mais non, il est pas assez long, c'est pas bon". Et cet enfant j'étais sûre qu'il y avait un souci, alors je ne savais si c'est parce que la maman était psychotique ou s'il y avait un autre problème. Et finalement, c'était un grand hypermètre. Donc voyez, quelque part, on ne se trompe pas beaucoup quand même.

Et ce qui est rigolo aussi. C'est que dans tous les enfants, il y a beaucoup d'enfants que je revois là à 2 ans, 2 ans et demi, qui sont à l'école et qui ont des troubles dans le développement, que j'avais suivi au départ. Et quand je reprends mes notes, c'est des enfants effectivement, qui n'avaient pas de bon contact oculaire tout petit, qui avait des mouvements un petit peu atypiques, etc. C'est drôle quand même ! Et si vous voulez, c'était rentré dans l'ordre après, et finalement, à l'âge de 2 ans ou 3 ans on sent que c'est des enfants qui sont très laxés (?) dans le développement.

Ok, intéressant, donc vous notez bien, vous notez dans le dossier quand vous trouvez qu'il y a un retrait.

Ouais, ouais, et chez cet enfant, je l'avais bien noté "contact visuel difficile, mouvements atypiques", vous savez ces mouvements un petit peu saccadés, euh, dans la relation c'était un petit peu compliqué aussi, et voilà je me retrouve avec un enfant à l'école qui est très atypique, qui est un petit peu dans son monde, qui fait le loup dans la cour de récréation, qui est, euh, l'autre jour il a fait pipi tout seul au milieu de la classe, voilà...

Comme un trouble autistique un petit peu ?

Voilà, avec des particularités ouais. Donc ça c'est intéressant quand même. Et il faudrait vous voyez, revoir, repartir dans tous les dossiers avant. Mais c'est vrai qu'il faut noter, c'est pour ça que j'essaye de noter au maximum. Et c'est en faisant le courrier que j'ai relu tout ça. Alors, je ne sais pas, si après, à long terme il faudrait faire une étude... une étude rétrospective sur ces dossiers.

Oui ce serait intéressant !

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à votre pratique ?

Euh... Alors, disons que... je trouve qu'on est, sur le plan clinique, si vous voulez, ça nous apporte beaucoup. Parce que du coup, ça nous permet d'anticiper, sur les prises en charge quoi. Donc, si vous voulez, si un enfant continue à être comme ça, forcément on va s'inquiéter, on va faire autre chose quoi. On va forcément... euh, je pense que la prise en charge des enfants est plus précoce et de meilleure qualité.

Ok, parce que vous l'avez objectivé avec une échelle plutôt qu'un sentiment ?

Voilà, ouais. Ça pour moi c'est positif. Et puis, ça me permet de mieux communiquer avec les parents, de façon plus sécurisée, plus sécurisée ouais. Vous voyez des fois avec les parents on ne sait pas quoi leur dire, on se dit "olalah, Est-ce qu'on leur dit, est-ce qu'on leur dit pas ?". Et puis là on a des choses très précises, c'est vachement simple et puis ça parle aux parents. Et ça c'est très bien.

Ok, parce qu'après, on va dire, au niveau théorique, c'est quelque chose que vous connaissiez déjà ? De par votre DU, votre expérience en PMI, etc ?

Euh.. On le faisait instinctivement, là je trouve, que sur le plan théorique c'est mieux, on a un apport quoi, on met des mots, voilà, on met des mots dessus, c'est bien. Non, moi ça m'a apporté beaucoup plus, oui oui, mine de rien oui. Parce qu'il y a des sensibilités particulières, si vous voulez un enfant, on peut pas, on cote pas forcément tout. Si vous voulez au départ, on se dit "bon, bah voilà", mais là on a des choses précises, du coup, on va dire bon "au niveau du visage, tout, les mouvements" on va être très précis. Sur le plan théorique ça m'a beaucoup apporté quand même aussi. C'est vachement précis, parce qu'au départ c'est pas évident ! Quand il nous présente ça, on se dit "oh qu'est ce qu'il nous dit là ?!". Et en plus quand on est plusieurs à coter, on cote pas de la même manière. Alors que si on écoute bien ce qu'il dit, euh, on peut être très précis. Donc ouais c'est vachement bien !

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

Les freins, c'est voilà, le temps. On ne prend pas assez de temps. Pourtant on a allongé nos consultations mais forcément on n'a pas, quand on voit un enfant comme ça, on n'a pas forcément la présence d'esprit de le filmer tout de suite. Il faut prévenir les parents, voilà c'est pas simple quoi. C'est plus facile dans un service de pédopsychiatrie.

Et, par rapport aux parents, tout à l'heure vous disiez que ça permettait de faciliter la communication, d'en parler très vite avec eux, donc les parents ce n'est pas un obstacle à cette échelle ? Sauf si vous faisiez une vidéo par exemple ?

Oui, là il faudrait leur expliquer pourquoi. Mais bon, c'est arrivé, moi j'en ai fait des vidéos. Je leur ai expliqué qu'on faisait une formation, que c'était important pour nous de voir si on évaluait bien, etc, etc. Les parents ils sont... De toute façon, ils ont tellement l'habitude de se filmer, ahah, voilà.

Donc, non ça ne vous paraît pas être un frein ?

Non, si on leur présente bien, non.

Et, est-ce que un frein potentiel ça pourrait être que, vous trouvez que la cotation, la précision est difficile et que vous n'êtes pas certaine du résultat que vous obtenez ?

Euh... Après c'est vrai qu'on a tendance toujours à être un peu plus sévère peut-être ?

Selon le contexte ?

Oui, du coup, en consultation, c'est vrai que c'est compliqué car il suffit que l'enfant ait faim... C'est ça qui est un peu difficile, il faut être dans les bonnes conditions quoi. Et d'une pièce à l'autre, par exemple ma collègue va me dire "ah mais ça j'ai pas pu le faire", et moi du coup, je vais y arriver, vous voyez ? C'est ça qui est compliqué ! Voilà, quand on a des bébés, il suffit qu'ils aient faim, un peu froid... c'est pas toujours évident. Après si on le retrouve d'une fois sur l'autre, c'est vrai qu'on peut se dire "là il faut quand même qu'on fasse attention".

5) De façon globale, pensez-vous que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Ouais, il me semble que oui. Mais j'ai fait de la médecine générale, je sais que ce n'est pas toujours facile quoi. Mais, ils peuvent être alertés quand même par certains items, dans tous les cas. Même s'ils font pas toute la... Après c'est assez facile quand même. Là, si on l'a appliqué, vous voyez, à la limite, ils peuvent se mettre un petit post it et le faire assez rapidement. Je pense que c'est vite fait.

Et, est-ce que vous pensez que quelque soit... Parce qu'il y a des médecins généralistes qui font beaucoup de pédiatrie, qui travaillent même en PMI comme vous, et ceux qui voient très peu d'enfants, est-ce que ça vaut le coup quand même ?

Je ne sais pas ! C'est à dire que là, est-ce qu'ils vont vraiment s'investir dedans ? C'est à eux de demander. Après pour eux je pense que ça peut être intéressant, moi je pense que si ils ont une formation là-dessus, c'est quand même, c'est agréable quoi. Maintenant, bon après c'est vrai que si ils en voient pas beaucoup... C'est vrai que c'est à force d'en voir, qu'on voit la différence entre les enfants. Euh, je ne sais pas, c'est à eux de demander, je ne sais pas !

+ Quelque chose à ajouter ? *Euh non, je ne pense pas non !*

➤ Médecin 13

1) Que dirais-tu du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

C'est surtout pour la cotation, c'est ça qui est le plus dure je trouve. En elle-même... Voilà... Arriver à bien être d'accord sur les items et la cotation. C'est ça qui est peut-être le plus dur pour moi.

Les items sont pas très clairs ?

Certains sont difficiles à coter. Voilà, des difficultés de cotation pour certains, revenir toujours au petit document, pour bien coter, c'est ça qui est le plus dur je trouve.

C'est quels items qui te paraissent le plus durs ?

Difficile à dire là comme ça, il y en a qui sont plus durs... ou alors tu me les rappelles ?

Alors il y a vocalisations, expression faciale, contact oculaire, activité générale et relation, ça c'est ceux qui sont dans la M-ADBB.

Ouais, activité générale, savoir s'il n'y a pas du tout, s'il y a un peu... Voilà je trouve que ce n'est pas forcément facile.

Parce que après, ce qui est peut-être plus difficile, qui était dans l'ADBB mais pas la M-ADBB c'est : vivacité de la réponse, autostimulation et...

Ouais peut être moins sur la M-ADBB, je pense que c'est plus simple.

Et est-ce que tu penses que ça demande beaucoup de temps pour se former à la M-ADBB ?

Non, non, non. Et puis, je trouve qu'on en trouve rapidement l'intérêt. En tout cas, je trouve que quand on est formés, on en voit tout de suite l'utilité. C'est quand même un outil vraiment facile à intégrer, après c'est peut-être plus quand on est tout seul en cabinet, arriver à coter à plusieurs, bon c'est pas simple peut être. C'est un bon outil, que les kiné pédiatriques peuvent utiliser, enfin utilisent déjà, sont formés. Et puis, dans le réseau aussi (Périnatalité Occitanie), eux aussi sont sensibilisés et c'est intégré dans les fiches de suivi du réseau.

Et est-ce que plus on l'utilise, plus ça paraît facile ?

Ah oui oui oui. Comme toutes les échelles je pense. Après l'intérêt c'est qu'il y a quand même un support. Enfin, on peut le remonter quoi, le re-côter, 2 ans après si on a le film.

2) Dans ta pratique quotidienne, quel est ton usage de l'échelle M-ADBB ?

Moi, du coup, je suis médecin PMI donc, quand j'ai un doute sur les capacités relationnelles de l'enfant, je l'utilise.

Et c'est aussi une façon de faire du travail... de soutien à la parentalité je dirais aussi. C'est pas tant de le passer une fois, c'est de se dire : "bon voilà on va le faire aujourd'hui, puis on va le refaire demain ou dans deux mois...". Ça m'a permis de faire alliance avec les parents et pas de poser un diagnostic "bim", enfin, de toute façon je ne pose jamais de diagnostic en une fois. Mais, je trouve que c'est un outil qui permet aussi aux parents de voir les compétences de leur enfant, voilà, c'est très très important.

Après, je l'ai eu proposé à une mère, parce qu'il y avait un contexte, un enfant je me demandais vraiment pourquoi il ne me regardait pas, il souriait pas. Bon, il y avait de la violence conjugale, et le père n'a pas voulu qu'on filme son gamin quoi. Bon ça c'est un peu un échec, une fois.

Parce que, justement, quand tu l'utilises, tu l'utilises systématiquement avec le film ?

Ah oui, oui, enfin j'essaye ouais, ouais.

Et du coup, tu fais plutôt l'échelle ADBB complète ? Ou l'échelle M-ADBB ? Ou les deux ?

Arf, alors on l'a fait aussi avec les puer, donc c'était plutôt la M-ADBB et avec les collègues, quand c'est plus poussé, à ce moment-là on fait plutôt l'ADBB complète quoi.

Ok, donc ça dépend plutôt d'avec qui tu l'as fait que de l'enfant ?

Oui. Mais tu vois, je me suis jamais posé la question de le faire sans film. Pour moi il fallait le faire avec film.

Bah, c'est vrai, que, je pense que l'ADBB c'est difficile de le faire sans car ça commence à être pointu. Alors que la M-ADBB, personnellement, j'essaye de me la faire de tête, ça va vite, si c'est "normal" en tout cas.

Ok, bah tu vois, moi comme on a été formés à la ADBB, donc je pense que j'aimerais bien faire une formation pour la M-ADBB du coup.

D'accord, donc tu penses qu'il faut une autre formation, sachant que tu as déjà eu la formation importante ?

Hm Hm (d'acquiescement), je suis formatée un peu, mais bon. Tu vois, jamais je me, ouais, j'ai pas pensé le faire sans film. Est-ce que tu le notes dans le dossier quand tu vois ? Oui oui.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a contribué positivement à ta pratique ?

Euh d'être plus, enfin de se dire qu'on a un moyen objectif de qualifier la relation, enfin les qualités relationnelles de l'enfant, enfin ou les capacités relationnelles. C'est un argument qui est agréable, car c'est en dehors de l'émotion, de...

Du ressenti subjectif ? *Ouais, de la subjectivité ouais. Donc ça c'est... voilà.*

Et après c'est un... Je pense que quand on adresse aussi l'enfant à un confrère, une consœur, une équipe pluridisciplinaire, je trouve que c'est hyper important d'avoir ce... C'est très utile.

Ça permet de, comment dire, d'avoir un langage professionnel ?

Oui parce qu'on peut dire "oh la relation avec la maman elle est supère !" Pfff, ça veut rien dire en fait ! Ça veut rien dire du tout, c'est opérateur dépendant. Si tu dis, voilà, "j'ai fait, il y a un mois, la M-ADBB ou l'ADBB, je suis toujours à la même cotation". Voilà, ça a une autre valeur, ah oui oui.

Et, est ce qu'on pourrait dire, dans la contribution positive à ta pratique, ce que tu disais juste avant, que ça te permet d'avoir un outil pour le soutien à la parentalité ?

Ouais, ouais, ouais, ah ouais, ouais. Ca c'est, euh.. Les parents ils ouvrent des grands yeux quoi quand euh... Et ça, c'est pas

forcément en utilisant l'ADBB tu vois, mais... Depuis la formation je me rappelle de comment il mettait l'enfant, comment il allait le chercher pour le faire réagir. Donc ça c'est quelque chose que j'utilise systématiquement en consultation, quoi, et qui marche à fond, les parents, ils sont... Enfin, moi je l'utilise très très petit, du coup... Et voilà, quand on fait la poursuite oculaire... Et même avec les masques ça marche. C'est fantastique de voir les capacités du petit quoi. Et je peux aussi, enfin, en tout cas je peux parler de l'outil aux parents. Pas forcément en négatif, c'est à dire "ah votre enfant, si on le filmait, par exemple si on faisait, vous savez il y a une échelle qui nous aide à dépister des soucis chez les bébés, oh il serait un exemple, vous avez vu comment il me regarde ! Comment il vient me chercher, tout ça !".

Et, j'ai aussi, par rapport aux internes qui n'ont pas eu la formation forcément, mais de parler de ces capacités-là de l'enfant quoi. Et d'une posture particulière quand tu examines un enfant, un bébé, plus bébé. Où tu cherches ça, où tu vois que l'enfant il se met à pleurer parce que tu le regardes plus... Et avec une interne récemment, voilà je me rappelle en avoir... Enfin voilà, on l'utilise, enfin moi je l'utilise très très souvent quoi. Sans forcément coter des enfants, mais de façon positive, d'en parler. De manière informelle aussi ça s'inclut dans ton examen clinique ?

Ouais, ouais, ouais. De penser à aller rechercher ça. Et puis quand, t'es en train d'examiner un enfant, tu t'en va pas de l'autre côté de la pièce sans le lui dire. Ou tu lui dis "je vais te retourner"... bref, c'est une posture différente.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans ta pratique ?

Euh, le temps ! Ahahah.

Peut-être même le côté technique, c'est à dire, moi je suis nulle en informatique. Donc tu vois, si je fais un film sur mon téléphone, comment le mettre après... Voilà ça c'est un frein pour moi.

Ok, donc plutôt informatique par rapport à la vidéo que le fait... le regard des parents, de leur proposer...?

Ah oui, oui. Bon, après ça c'est le premier point, c'est le côté technique du film, pour moi, hein, mais bon. Encore faudrait-il que je prenne du temps pour me former et avoir les outils. Bon ça viendra peut-être hein ! Ça devrait. Et ensuite, deuxièmement, c'est quand je suis en consultation avec la mère puisque, du coup, dans les dossiers, moi je mets l'autorisation parentale de filmer tu vois. Et du coup moi j'ai eu un refus voilà.

Avec le père violent ?

Est ce que... Bon là, la mère elle voulait demander l'avis au père. Il y a eu une autre, la question ne s'est pas posée, elle m'a donné l'autorisation et je m'en suis contentée quoi. Ouais, c'est... C'est tout. Et après, la puer, X, elle s'en était emparée aussi, elle avait fait elle-même une vidéo, donc bon. Là on a été un peu interrompu, tu vois, le COVID c'est les consult, elles sont rapides, on a peut-être moins le temps... On devrait... y revenir !

Et, peut-être juste, rebondir, par rapport à ce que tu avais dit au début, comme tu disais, la cotation était difficile, est ce que ça peut être un frein le fait de justement douter ?

Euh oui... Ouais, mais bon, je ne suis pas assez au top pour pouvoir me limiter à ça quoi. C'est pas... J'ai pas encore 50 évaluations derrière moi où je pourrais me dire "tiens j'ai mal coté", bon, non, je ne suis pas assez pointue.

5) Globalement, dirais-tu que l'échelle M-ADBB est un outil adapté et pertinent pour les médecins généralistes en soins primaires ?

Bien sûr ! Oui, oui, absolument. Ouais, puis ça permettrait peut-être justement d'avoir un critère d'adressage, qui serait partagé et objectif. Ouais bien sûr, ouais ouais.

Donc on a tout intérêt à leur faire connaître ?

Ah oui, oui, oui. Ouais, et puis c'est un outil mais qui ouvre vers pleins d'autres champs qui n'étaient pas forcément... qui étaient vagues... qui restaient un peu... bon... Évidemment en PMI on est beaucoup de femmes donc on peut dire "on a une certaine sensibilité, ninin..." Ahah. Mais je pense, voilà, quand t'adresses, quand t'as des doutes, vers le CAMPS, le CMP, le CRA... Que t'adresses même à une kiné ped. C'est très important la M-ADBB quoi. Et c'est un outil aussi, enfin, c'est un outil de suivi aussi je dirais. C'est une photographie à un instant T, mais c'est pas figé du tout, donc voilà c'est un outil de suivi, et de... Moi je trouve, un outil, qui permet aussi de travailler avec les parents quoi, beaucoup. Là je parle, quand c'est pas un problème organique où, bon, voilà. Enfin, je sais pas, c'est un outil dynamique !

Quelque chose à ajouter, en général ?

Euh, beh, je trouve formidable qu'on nous ait donné la possibilité de le faire. Je sais que par le réseau Occitanie, il y a des formations qui sont très intéressantes. A diffuser quoi, ça c'est sûr ! Moi je veux bien participer à la diffusion, enfin je ne sais

pas, si ça fait partie du questionnaire. Et puis c'est très ludique ! Enfin, je ne sais pas comment dire. C'est pas... On peut facilement faire la démonstration en plus, c'est tout bénéf quoi pour cette échelle !

Verbatims du deuxième groupe

➤ Médecin A

1) Que dirais-tu du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Euh, c'est, j'aurais dit moyen. C'est pas que c'est dur, c'est juste que j'avais plus du mal à me souvenir de la cotation en fait, enfin, les éléments je m'en souvenais mais j'avais toujours un doute sur "est ce que, euh...", enfin, j'avais tendance à dire que le 2 c'était parfait et le 0 c'était problématique. Juste j'avais tendance à inverser, mais non c'était juste ça quoi, je réfléchissais dans l'autre sens.

- Ça marche. Parce qu'après les items en eux même c'est des choses assez simples à comprendre, à identifier pour toi ?

- Oui, c'est des choses qu'on fait sans s'en rendre compte et du coup ça revient bien, ça revient assez spontanément. Moi, c'est juste la cotation que j'avais tendance à faire en sens inverse.

- Ok, est-ce que tu avais recours au petit support, à la fiche ?

- Oui, oui oui, du coup, il était dans mon trieur avec mon mémo avec le calendrier vaccinal. Donc en général je regardais, enfin j'examinais l'enfant et après les fois où je les cotais dans le carnet de santé, j'ai sorti le papier à côté de moi pour être sûre de le coter correctement.

2) Dans ta pratique quotidienne, quel est ton usage de cette échelle ?

- Alors je l'ai utilisé 7 fois, je sais pas si c'était 7 ou 8 fois. Au début je l'ai fait pour me le mettre un peu en tête. Pour m'entraîner, chez des enfants où je me doutais qu'il serait bon. Après il y a 2 fois où ça m'a bien servi, chez des enfants "trop calmes".

Alors, il y a un, c'est juste que, voilà, la maman m'a dit que je l'ai vu à un moment où il était apaisé. Et il y en a un autre où la maman, on lui avait déjà fait la remarque comme quoi l'enfant était trop calme ou c'est un enfant très sage. Et c'est vrai qu'on nous dit qu'il faut faire attention justement un petit peu. Et c'est vrai que c'était pas tracé dans le carnet, enfin personne ne faisait de remarque à ce niveau-là, ou il y avait pas de mot sur le contact, il y avait pas de mot... Et c'était un enfant qui était souvent vu par des intervenants différents alors du coup, je m'étais dit, si quelqu'un après mois il connaît l'échelle ce serait un point de comparaison le fait que ce soit noté. Donc du coup, je l'ai noté, et du coup, finalement en le notant je me suis rendu compte que la seule chose qui était enfin, que j'avais coté, comment dire, en potentiellement problématique, enfin j'ai mis un 1 pour "expressions faciales", parce qu'il était pas très... pas de sourire, pas de froncement du sourcil, pas d'air d'étonnement...

- Et du coup, au final, il avait un score de 1 au total ?

- Ouais, voilà c'est ça.

- Il était pas vraiment en retrait mais il y avait quand même un truc.

- Ouais voilà c'est ça, au début quand j'ai commencé à coter, je me suis dit "ah lui il doit être un petit peu en retrait" mais en fait c'est vrai qu'en faisant l'échelle, je me suis rendue compte qu'on choppe quand même le contact visuel, bon les mouvements c'était bon, la vocalisation aussi et finalement quand on lui proposait des jouets ou des choses, il entrait quand même dans l'échange. Et du coup ça m'a permis de me dire, c'est pas si mal, mais voilà, aux vues de ce qu'elle dit il faut surveiller, donc ça fait quand même un point de repère à un moment donné dans le carnet. Et du coup j'ai trouvé que c'était très utile !

Donc, au début pour t'entraîner, ensuite dans les cas où t'avais un doute et tu l'as bien noté dans le dossier. T'as juste mis le score ou t'as mis justement que c'était expression faciale ?

- J'ai pas tout détaillé, j'ai juste mis "expression faciale 1" et voilà après j'imagine qu'on déduisait que le reste était bon.

- Ok, et tu sais si l'enfant est suivi en PMI ?

- Oui, il était passé deux fois en PMI.

- Tu sais laquelle ?

- A X mais je ne sais plus laquelle.

- Il y a des chances qu'il tombe sur un médecin qui la connaisse cette échelle ; entre parenthèses.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à ta pratique ?

- Bah, ça m'a permis de... Comment dire... Peut être d'avoir une réponse appropriée à la situation. Parce que si j'avais pas eu l'échelle, je pense que j'aurais été tentée de me dire, le fait qu'elle me dise qu'il soit tout le temps trop calme et que le premier a priori que j'ai eu, c'était un enfant où je me disais "ah peut être que chez lui il y a un retrait relationnel", si j'avais pas eu l'échelle, je pense que j'aurais été tenté d'appeler la PMI directement en disant, "est ce que le pédiatre peut revoir cet enfant qui est déjà connu de vos services car je trouve qu'il y a un truc qui va pas". Alors que là, le fait d'avoir l'échelle, ça m'a permis de me dire "il est pas si mal ce petit finalement" et j'ai juste demandé à la maman, pour la visite d'après qu'il soit revu, d'essayer de prendre rendez vous avec la PMI justement. Voilà ça m'a permis de me dire c'est temporisable, sous réserve que derrière il y ait bien un pédiatre qui revoie quand même le petit. Alors que sans l'échelle je me serais peut-être énervée un peu plus vite, on va dire ça comme ça.

- Et, est-ce que tu penses que ça aurait pu, à l'inverse, accélérer une prise en charge si ça confirmait une inquiétude ?

- Euh oui, oui, je pense que oui. Le fait de me dire, enfin, je le sens pas et en plus l'échelle est pas bonne, du coup, je pense que oui ça m'aurait fait appeler un peu plus vite un pédiatre de ville ou la PMI, ou le pédiatre d'astreinte à l'hôpital.

- Et est-ce que ça t'as apporté... ça a parfait tes connaissances en la matière ou c'est quelque chose à laquelle tu étais déjà bien sensibilisée comme tu disais toute à l'heure et que l'échelle a juste formalisé les choses ? Au niveau théorique disons.

- Bah, je trouve que chez les tout petits, surtout chez les moins de 1 an. Je crois que je l'ai fais surtout chez les moins de 1 an, oui il y en avait une qui avait 1 an et après je l'ai fait que chez des moins de 1 an. Je trouve que chez les tout petits où on n'a pas beaucoup de, on a quelques repères au niveau psychomoteur mais ça permet de, je sais pas comment dire... Il y a des fois où ça m'arrivait quand je replie le carnet de santé, de me dire, ah j'ai pas fais gaffe à... Enfin souvent, sur les cinq éléments il m'en manquait un, alors je m'inquiétais pas trop, je me disais, "ils sont vus tous les mois c'est pas grave". Mais du coup, après que tu m'ai expliqué l'échelle, maintenant je rate aucun de ces cinq items, ça a un peu automatisé le fait d'y penser et du coup, ben, j'ai l'impression que l'examen clinique il est un peu plus complet. Alors après ça c'est valable que pour, je sais pas, que pour nous parce qu'on est généraliste, qu'on n'a pas fait beaucoup de pédiat, qu'on n'a pas encore beaucoup d'expérience ? Mais voilà c'est ça, ça m'a permis d'avoir un examen clinique qui est un peu plus systématique au niveau de l'interaction avec l'enfant.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans ta pratique ?

- Euh, peut-être les premières fois où c'est des cabinets où pour la pédiatrie ils mettent pas automatiquement des créneaux d'une demi-heure, bah comme on a l'impression de courir un peu derrière le temps, du coup c'est juste que j'y pense, il y a des fois où je me dis "là j'ai pas le temps". Mais c'est plus lié à l'organisation du cabinet qu'à l'échelle en elle-même quoi. Donc peut être parfois le manque de temps ou le fait de me dire, bon je vais pas aller chercher le petit papier que tu m'as donné parce que j'avais peur de perdre un peu de temps, enfin, d'être en retard. Mais sinon, non, c'est le seul truc qui a fait que je l'ai peut-être pas utilisé chez certains patients. Mais c'était surtout au début, les premières fois. Parce qu'après une fois que l'échelle elle est rentrée, après c'est plus un problème.

- Ok, Est-ce qu'au début, tu sortais ton petit papier, est-ce que tu gardais ça pour toi où tu expliquais un peu aux parents ce que tu étais en train de faire s'ils te voyaient faire ?

- En général je le dis parce qu'ils regardent toujours en même temps. Mais après, ouais en général je leur lis ce que j'ai écrit. Quand j'ai rempli le carnet de santé, je leur dis toujours : "au niveau du développement psychomoteur c'est bon, à l'examen clinique il y avait rien de particulier, les courbes elles sont parfaites et je leur montre sur le carnet en même temps donc je leur disais que l'interaction était bonne aussi et puis après je leur détaillais pas tous les items, mais je leur disais que c'était pour évaluer l'interaction avec leur enfant et que c'était bon quoi.

- Ok, en tout cas ça n'a pas été un problème de devoir exposer ça aux parents pour toi ?

- Euh, non pas trop. Après moi je suis pas trop gênée non plus de sortir la carte du calendrier vaccinal ou quoi que ce soit devant eux. Donc pour moi c'était pas plus gênant !

- Et surtout, par exemple, par rapport à l'enfant qui te semblait trop calme ?

C'est vrai que pour elle je me suis fait la réflexion, comme elle avait abordé le sujet, un peu d'elle-même, voilà c'était pas tabou de parler du fait qu'il soit trop calme. C'est vrai que pour elle, je lui ai dit tout ce que j'avais écrit mais j'ai pas voulu qu'elle voit

trop le papier car j'ai pas voulu qu'elle le prenne un peu comme une note. C'est vrai que j'étais pas gênée quand c'était bon, mais chez l'enfant chez qui les expressions faciales étaient un peu moins... Enfin il était un peu moins expressif que d'autres enfants, je m'étais dit qu'il fallait pas qu'ils le prennent comme une note. Après, j'ai quand même sorti le papier, mais je faisais quand même attention pour pas qu'elle le prenne comme une "évaluation".

- Et après, l'outil te semble facile ? Par exemple, si tu mets la note de 1 tu es sûre que c'est 1 ? Ou tu te dis "peut-être que je me trompe", c'est pas si facile à dire...

- *Hum, nan, pas de difficulté à ce niveau là. Après peut être la petite réserve du contact visuel chez les tout petits petits, mais c'est pas lié à l'échelle, c'est plus lié à l'âge ou au manque d'expérience peut être aussi !*

- Ok, et ce que je voulais te demander aussi, peut être que tu te souviens, il faut réévaluer à 15 jours quand justement il y a quelque chose qui n'est pas bon. Par exemple, peut être que le premier enfant que tu trouvais trop calme, peut être que la seconde fois tu l'aurais vu tout à fait bien dans la relation puisque la maman t'as dit qu'il n'était pas dans un bon jour. Et en principe quand c'est négatif il faut revoir, est-ce que toi en tant que remplaçante...?

- *J'ai jamais fait 3 semaines dans le même cabinet.*

- T'as jamais pu, voilà, réévaluer ?

- *Non, j'ai jamais pu le refaire chez le même enfant moi-même. Et du coup, il y a juste l'enfant dont je t'ai parlé où j'ai dit à la maman que l'examen du mois suivant, ce serait mieux qu'il soit fait à la PMI. Mais j'ai jamais pu refaire deux fois, c'est vrai, chez le même enfant.*

- C'est pas grave, mais ça t'a quand même été utile où ce point là a pu être justement un problème ?

- *La réévaluation ?*

- Oui, toi, tu t'es dit "c'est pas grave ça m'a permis d'authentifier certaines choses ?" ou t'as été un peu frustrée de pas pouvoir aller au bout du truc ? Est-ce que ça a été un problème ou pas dans l'activité de médecin remplaçant ?

- *Euh, pas trop, parce que, ce que j'ai trouvé le plus intéressant c'est que ça permet de valider ou de ne pas valider le ressenti. Après en pratique, 15 jours je trouve c'est un peu délicat au cabinet, de revoir un enfant, si on le revisite pas pour autre chose...*

- Ouais, là la question des parents se pose, d'expliquer aux parents qu'il faut revenir juste pour ça ?

- *Oui c'est ça et je me dis, enfin, et je sais pas si quand on est installé on a le temps de revoir un enfant à 15 jours. Ouais, je sais pas. C'est peut-être un peu, après c'est vrai qu'un mois c'est trop long aussi. Je me dis parfois, 15 jours c'est un peu délicat.*

- D'accord, donc dans tous les cas la réévaluation est un peu complexe alors.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- *Ça valide un ressenti ou une impression, ça donne quelque chose d'objectif. Un peu comme, enfin, c'est à l'opposé, mais c'est un peu comme le MMS chez une personne âgée, des fois on se dit, il y a un truc qui va pas et bon, c'est pas parce que le MMS est bon qu'il y a rien mais au moins ça donne un point de repère à un moment donné. Bah, là je me dis, c'est un peu pareil, ça permet d'objectiver ou pas un ressenti et ça permet... Et pour le cas des enfants qui sont suivis par différents médecins, qui papillonnent un petit peu, c'est plus utile de mettre ça que de mettre "contact visuel fuyant" et ne pas parler du reste. Alors que là, s'il y a l'échelle, s'il y a plusieurs points qui vont pas où c'est noté, que quelqu'un d'autre le refait et que ça s'améliore pas. Bah, ça permet de, voilà, même s'il y a des intervenants différents, c'est plus facile de comparer.*

Donc voilà, c'est ça pour moi, c'est que ça objective le ressenti et que pour les enfants qui sont suivis par différents intervenants, ça fait quelque chose de comparable entre deux intervenants différents. Enfin, c'est quand même assez fréquent qui sont suivis par un généraliste quand c'est aigu. Et aussi pour les populations un peu précaires qui vont aller une fois en PMI, une fois chez le pédiatre, une fois chez le généraliste, une fois chez un autre généraliste. Où c'est encore plus important de le détecter vite parce que tout le monde va dire "ouais bon, c'est son pédiatre qui verra", alors qu'en fait c'est pas son pédiatre, c'est qu'un des médecins qui suit l'enfant.

- Et dans quelle mesure cette échelle est applicable ? En fait, quand on fait la synthèse de ce que ça apporte, les freins, etc...

- *Elle est très facilement applicable. Parce que tous les éléments sont faits, c'est juste que c'est pas côté en fait, c'est des choses qu'on regarde mais qu'on cote pas au sens de l'échelle en pratique, donc c'est très facilement réalisable.*

- Des choses à ajouter ?

- *Ben, que c'est une belle découverte ! C'était très intéressant, et c'est très utile parce que finalement, c'est plus facile, de se dire "bon il tient pas la tête, il tient pas la position assise, il tient pas...", alors que pour l'interaction, la relation, c'est plus difficile*

d'avoir quelque chose d'objectif, si on ne passe pas par une échelle. Donc c'est d'autant plus intéressant !

➤ Médecin B

1) Que dirais-tu du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- A mon niveau ?
- Oui, est-ce que t'as trouvé que c'était simple à comprendre et à appliquer ?
- Ah oui, tout à fait. Oui oui, c'est très accessible, et c'est simple à appliquer.
- Ok, donc les items sont clairs ? Et le système de cotation bien aussi ?
- Oui, oui, c'est assez facile à réaliser.
- D'accord, est-ce que si jamais tu l'as utilisé ou si tu y as pensé, tu as eu recours au support que j'avais laissé ou pas ?
- Euh, oui deux fois.
- D'accord, mais, donc c'était deux fois où tu l'as utilisé t'as eu besoin du support systématiquement ?
- Non, non, j'ai pensé au test plusieurs fois, parce que j'ai été sensibilisé pendant l'intervention, donc je l'ai appliqué chez plusieurs nourrissons et enfants. Et je l'ai utilisé que deux fois.
- D'accord, et du coup il fallait le mémo ?
- Voilà.

2) Dans ta pratique quotidienne, quel est ton usage de cette échelle ?

- Alors, avant ton intervention, je l'utilisais pas cette échelle. Je l'ai utilisé que depuis qu'on s'est rencontré. Avant j'étais plus dans le feeling, c'est à dire, je voyais lorsqu'un nourrisson commençait à décrocher le regard de sa mère et avoir quelques signes de syndrome autistique ou de syndrome dépressif. Parce que c'est pas évident de faire la différence entre un syndrome dépressif du nourrisson et un syndrome autistique. Mais le retrait relationnel, pour moi c'était plus intuitif que chiffré.
- Ok, et donc, après, enfin maintenant disons ?
- Alors maintenant, j'utilise plus tes tests. Et c'est beaucoup plus codifié que sur un simple sentiment.
- Et donc ton usage ça va être : si ton feeling est pas bon dans ces cas-là tu sors l'échelle ? Ou, pour les deux fois où tu l'as prise l'échelle c'était pour quelle raison ?
- Alors, c'était parce que j'avais des doutes. J'étais dans le doute, j'étais pas sûr. C'était des enfants qui me posaient des problèmes au niveau du relationnel et donc j'utilisais l'échelle, pour m'assurer qu'il n'y ait pas de problème.
- Et donc ça t'as rassuré ou ça a montré qu'il y avait un retrait ?
- Non, en fait il y avait pas de retrait franc.
- D'accord, et est-ce que tu l'as rentré dans le dossier ?
- Oui, j'ai pas tout noté, j'ai pas tout rentré les test. Mais je l'ai noté.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à ta pratique ?

- Positivement dans le sens où ça a une approche plus codifiée et plus scientifique que la simple impression. Voilà, où on peut effectivement se tromper sur la simple impression. Donc là on arrive plus à rationaliser les choses et à les codifier.
- Ça marche, et après au niveau des connaissances tu les avais déjà j'imagine avec ta femme peut être qui est pédopsychiatre ?
- Alors voilà, moi je suis un peu plus sensibilisé puisque j'arrive à discuter lorsque j'ai un nourrisson qui me pose un souci un particulier, après j'en parle le soir ou le lendemain avec mon épouse et elle me rassure ou au contraire des fois elle me dit "attention avec ce nourrisson, ça me plait pas ce que tu me dis, il faut peut-être approfondir la question". Et il est arrivé une fois ou deux où elle est venue au centre médical de façon bénévole pour rencontrer le nourrisson. C'est rare mais c'est arrivé une fois ou deux. Et une fois c'était vraiment un syndrome autistique.
- Pour un enfant qui avait quel âge ? Bon ça c'est une parenthèse...
- Ouf... Un an. Ah oui, il y avait un retrait relationnel net.
- Donc, oui, cette échelle au niveau théorique disons, elle t'a pas forcément apporté plus. Après, au niveau du suivi et de la prise en charge tu dirais que ça modifie quelque chose ou pas ?

- Disons que ça peut me servir d'alarme. Etant donné que sur le dossier je peux marquer qu'il y avait des signes de retrait qui étaient authentifiés, donc à surveiller en fonction de l'évolution et je serais plus attentif sur les prochaines consultations.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans ta pratique ?

- Le temps. Ahahah, c'est ça le problème. Parce que, bon, j'ai une grosse patientèle, je suis souvent dérangé, au téléphone, etc. Bon voilà. Donc, il faut que je prenne un peu plus de temps. Et quand il faut le faire, je le fais. Donc si vraiment un nourrisson me pose problème, je vais prendre un peu plus de temps, ou si vraiment... Parce que quelquefois ils viennent pour une autre raison : une fièvre, une rhino fébrile, etc...

[interruption momentanée, par un facteur extérieur]

Voilà c'est bon, on peut reprendre.

- Donc, tu disais, le temps, mais tu disais si ils viennent pas pour ça...

- Alors, oui souvent, ils viennent pas, c'est pas le motif de consultation. Ça peut être un motif de consultation, mais c'est rare. Le plus souvent, ce sont des enfants qui viennent pour une autre raison, c'est à dire, surtout un syndrome fébrile, une toux... Et à ce moment-là, je m'aperçois que l'enfant n'est pas trop en relation avec l'extérieur, n'est pas trop en relation avec sa mère : évitement du regard, non accrochage du regard, etc... Donc à ce moment-là, j'ai pas le temps de tout traiter, à ce moment-là, je règle le problème infectieux mais je re-convoque, je dis "je souhaiterais vous revoir hors contexte infectieux", pour voir cet enfant, etc. Voilà. Et c'est à ce moment là où je peux prendre un peu plus de temps et appliquer et prendre le temps.

- Donc si besoin vraiment, le problème du temps ?

- Donc voilà, si vraiment un enfant m'inquiète sur le plan relationnel, à ce moment je demande à la mère de revenir pour une consultation vraiment consacrée à ce problème. Mais hors contexte infectieux, je ne peux pas tout faire en même temps.

- Et par exemple, les deux fois où tu as pris l'échelle tu as re-convoqué ou là tu as eu le temps de le faire ?

- Non j'ai re-convoqué parce que j'avais pas le temps de tout faire, c'était pas le motif de consultation, il y avait un autre motif de consultation et j'ai dit "cet enfant j'aimerais bien le revoir hors contexte infectieux".

- Est-ce que, justement, quand tu les as revus, t'as expliqué ça aux parents ? Est-ce que ça a pu constituer un obstacle ou pas ?

- Non pas du tout. Et puis après j'ai posé les questions : "comment il se comporte à la maison ? Est-ce que c'est uniquement parce qu'il est dans mon bureau parce qu'il est stressé ? Mais est-ce qu'à la maison quand il y a des contrariétés comment il se comporte ?".

- D'accord, et est-ce que l'incertitude du résultat que tu obtiendrais de l'échelle pourrait être un frein pour toi ? Ou est-ce qu'il n'y a pas d'incertitude ?

- Incertitude c'est à dire ?

- Tu serais pas sûr de ta cotation ?

- Oui, la cotation est relativement, enfin, ça m'a pas posé de difficulté, c'est relativement simple pour moi, enfin j'ai pas rencontré de difficulté majeure.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Oui. Oui, parce que, c'est un problème de temps, les consultations sont assez courtes, on peut pas passer une heure d'observation du nourrisson. Tu le sais, la médecine en cabinet, on passe 15 à 20 minutes et dans ce laps de temps, d'avoir une échelle d'évaluation, je pense que c'est un apport intéressant, voilà.

Et ça permet aussi de déclencher une alarme et de revenir ensuite sur ce problème. Ou d'être rassuré. Et c'est surtout le côté alarme qui pour moi est intéressant.

Est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?

- Euh non, après moi j'en ai parlé à mon épouse qui l'utilise aussi. Elle connaissait le test. Elle l'utilise au CAMPS.

- Elle utilise la courte ou la longue ?

- Non, je pense que c'est la longue parce qu'ils ont plus de temps. Les consultations au CAMPS ça peut durer une heure. Et souvent ce sont des consultations conjointes avec un pédiatre pour régler les problèmes organiques. Et ensuite, bon, on discutait effectivement, la difficulté, une fois que l'alarme s'est allumée, il y a un problème de retrait relationnel, ce qu'elle me disait c'est le problème de faire la part des choses et de savoir si c'est une dépression du nourrisson ou si c'est vraiment un syndrome autistique. Voilà après ça, ça nous dépasse. Enfin ça dépasse la mission du médecin généraliste, je pense qu'il faut

passer la main.

- Ok, et du coup, peut-être qu'elle t'a dit si elle pensait que c'était bien que les médecins généralistes l'utilisent ?

- Ah oui oui, elle est tout à fait favorable, oui oui. Elle trouve même que c'est une bonne idée oui.

➤ Médecin C

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Euh... 1/5. C'est pas difficile.

- Ok, que ce soit les items ou le système de cotation ? Les deux sont 1/5 ?

- Oui, oui tout à fait, oui.

- Et malgré tout, à votre avis, si jamais on veut l'utiliser, est-ce qu'il est nécessaire de se référer au petit mémo que je vous avais laissé ou pas forcément ?

- Moi, je me réfère au petit mémo, parce que comme je ne le ferais pas tous les jours, même je l'ai pas fait très souvent depuis que tu me l'as passé, je l'ai fait, mais pas très souvent donc d'une fois sur l'autre j'oublie. Avec ma mémoire de calamar et mon Alzheimer débutant je préfère avoir la petite échelle sous les yeux avant de le faire.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- C'est intéressant. C'est intéressant et ça permet de bien quantifier les retards, les retards d'acquisition et ce qu'on appelle le retrait relationnel précoce pour orienter assez précocement. Et ça m'aurait permis, je l'ai passé à des patients en rétroactif, ça m'aurait permis pour de jeunes patients de les orienter plus précocement que je n'ai fait.

- Ok, vous voulez dire vous pensez à des cas où vous avez vu des enfants qui étaient en retrait ?

- Voilà, qui avaient des retards oui.

- Si vous aviez eu l'échelle ça vous aurait permis... ?

- Oui oui, ça aurait été... Ça m'aurait permis de les orienter plus précocement.

- Ok, et du coup, vous disiez que vous l'avez pas beaucoup utilisée mais peut être un petit peu, c'était dans quels cas ?

- Euh, là quand je l'ai fait, bon je l'ai fait avec des gamins, enfin, des enfants, des bébés qui étaient... Il n'y avait pas de problème avec ceux avec qui j'ai essayé de le faire.

- Pour tester ?

- Pour tester ça, pour tester l'outil oui.

- Et du coup, à la suite de ça, vous avez scoré, vous avez dit "tel enfant a 0", Est-ce que je le marque dans le dossier ? Ou pas du tout...

- Euh, non, je l'ai pas marqué. Parce que c'était normal, j'ai rien noté spécialement. Mais ça pourrait être intéressant effectivement de le noter pour être sûr.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

- Euh beh, oui je crois que j'ai déjà répondu oui...

- Pour quantifier et pour pouvoir agir plus précocement ?

- Pour pouvoir quantifier et agir précocement.

- Après, jusque-là, peut-être parce que vous n'avez pas eu d'inquiétude face à des nourrissons, ça n'a pas changé votre façon d'examiner ?

- Jusque-là les quelques nourrissons que j'ai vu ce n'était pas pathologique, donc il y a pas eu de suite là-dessus.

- D'accord, parce que, je reviens à la question précédente mais si vous l'utilisez, vous faites en premier lieu, vous utilisez votre sens clinique ? Comment dire, il y a cette expression le "gut feeling" je crois. Vous voyez par d'autres choses si l'enfant vous paraît en retrait ou pas sur un premier avis global c'est ça ?

- Oui.

- Il y a pas une chose en particulier disons que vous regardez ? Ou, je sais pas, une autre échelle ?

- Oh, bah non parce que... Quand je vois l'enfant... Bon, c'est sûr que certains je ne l'ai pas fait parce que, de manière assez évidente, je voyais qu'il n'y avait aucun souci. C'est surtout après quand j'ai un doute : normal / pas normal ? Plutôt que de me

dire, on attend de voir un peu l'évolution dans le dossier, à ce moment-là c'est intéressant d'avoir l'échelle pour justement quantifier et objectiver l'éventuelle anomalie.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- Euh, non, pas de frein particulier. Si ce n'est parfois le temps, ahah ! Après bon, il faut quand même parfois prendre cinq minutes pour le faire.

- Ok, donc le temps. Ou l'absence de nécessité jusqu'à maintenant ?

- Oui, après l'absence de nécessité.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Excusez-moi, j'ai pas compris, vous pouvez répéter la question ?

- Ahah, est-ce que cette échelle, dans quelle mesure cette échelle, elle peut être un outil qui peut être adapté pour les médecins généralistes ? Pertinent ? Applicable ? Pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Oui, ben justement, il y a quelque chose... Oui, ce document que tu as mis, c'est assez synthétique, c'est assez facile d'application. Et puis bon, ça ne prend pas trop de temps.

- Et ça peut nous apporter quelque chose ?

- Bah oui, oui, bah bien sûr. Oui, dans la mesure du suivi des enfants puisque le médecin généraliste réclame de suivre les enfants ! Pour contrer l'avis des pédiatres qui disent que c'est une catastrophe qu'ils ne soient plus là parce que nous savons pas le faire !

- Ok, et bien parfait merci beaucoup. **Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?**

- Euh, non, non je n'ai rien de spécial à ajouter. C'est un outil très intéressant, que tu devrais diffuser.

- Ouais, est-ce que vous avez une idée de comment je pourrais le diffuser par exemple ?

- Déjà, tu pourrais me le passer, parce que je le diffuserais. C'est vrai que j'aurais pu le faire. Fais le moi passer sous forme numérique, parce que déjà au sein de mon groupe de FMC je le ferais passer. Déjà ça serait peut-être pas mal. Après, au sein des groupes de FMC tu peux faire des formations là-dessus, je sais pas, pourquoi pas.

- D'accord, ok, parce que justement, dans ma thèse il va falloir que j'aborde cette question après, si c'est intéressant, si ça nous apporte quelque chose, comment le porter à la connaissance des autres, parce que c'est vrai que c'est pas très connu.

- C'est vrai, non je connaissais pas du tout !

➤ Médecin D

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Euh, fff, non plutôt... Oh, c'est vrai que c'est bien de la relire de temps en temps mais en fait c'est des choses... Donc non, pas compliqué, pas difficile en tout cas pour répondre à la question. Pas difficile.

- Le contenu de chaque item ? Et la cotation ?

- Oui, ça me semble bien.

- Ok et du coup vous disiez, c'est bien d'avoir recours au support ?

- Bah en fait c'est tellement des choses, en tout cas moi, j'ai l'impression avec l'expérience c'est des choses que je fais intuitivement finalement, sans cocher des cases quoi. Donc c'est en ça que finalement de temps en temps je trouvais que c'était bien de l'avoir sous les yeux pour me remémorer ce qu'il y avait dans l'échelle. Parce qu'au final c'est vrai qu'on le fait finalement sans trop se poser de question, ça fait du bien aussi de re-visualiser les choses et voilà clairement les choses.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- Alors ouais... Donc au début, je l'ai beaucoup, comme je l'avais expliqué sous la main, c'était bien, je le regardais et puis c'est vrai que petit à petit, je suis retombée un peu dans ma pratique classique dans laquelle effectivement tout ça fait partie de mon examen d'un enfant mais, encore une fois sans vraiment cocher précisément les items. Mais par contre dans les quelques fois où j'ai eu un petit doute ou un contact qui me paraît un peu... Bon, je suis venue le regarder quoi, je suis venue regarder. Mais,

c'est vrai que finalement, comment dire... Ouais alors après, je pense qu'au début de ma pratique ça m'aurait beaucoup aidé ce genre de chose je pense, plus que aujourd'hui où c'est vrai que c'est automatisé finalement un peu tout ça. Mais c'est vrai que ça reste intéressant.

- Ok, et donc, quand vous avez eu les quelques doutes vous avez du coup fait un score ?

- *Non, je suis retournée vraiment voir tous les items, être sûre voilà que j'avais bien une idée de tous mes items en fait m'assurer que... Après, j'ai pas eu de cas vraiment qui nécessitait que je score vraiment, je voulais être sûre, voilà, d'être sûre de mes cinq items en fait.*

- Ok, mais donc a priori il n'y avait pas de retrait ?

- *Non, non, moi j'avais pas.*

- Donc vous vous êtes dit "ça, c'est bon, ça c'est bon..." pas besoin de faire un score ?

- *Oui, en gros, voilà, exactement. Être sûre que voilà, j'oublie rien dans ce qui fallait contrôler dans ces cas là quoi.*

- Et, est-ce que, par exemple, les quelques fois où vous avez posé un peu plus d'attention sur l'échelle, est-ce que vous l'avez marqué dans le dossier ?

- *Non, j'ai pas, non. Alors ce qui peut... Et encore, non même pas, parce que j'ai pas eu vraiment de cas où il y avait quelque chose à noter en fait, c'est simplement voilà que sur un... Mais non, j'ai pas eu, en tout cas depuis qu'on s'est vu, d'enfant sur lequel j'avais ce doute là.*

- Et si jamais, vous auriez été face à un retrait affirmé par l'échelle qu'est-ce que ça aurait pu impliquer dans votre pratique disons ?

- *Euh, je pense qu'effectivement, si j'avais noté quelque chose, je me le serais noté effectivement pour certainement réévaluer sur une deuxième consultation et puis effectivement si le doute persistait, en questionnant les parents sur les items en questions, effectivement, après, progresser tranquillement vers une consultation spécialisée ou autre, oui, bien sûr. Je pense que j'aurais pris le temps quand même de réévaluer, voilà.*

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

- *Alors, comme toujours, c'est à dire, il y a des choses qu'on fait parce qu'on les a intégrées sans s'en rendre compte ou intuitivement ou autre. Et je trouve que de les voir écrites et organisées... Et bien ça fait du bien en fait, ça remet les choses bien à leur place et ça les fixe d'avantage voilà je dirais.*

- Après voilà, ça n'a pas modifié votre suivi, votre prise en charge ?

- *Non, j'ai pas la sensation, puisque j'ai la sensation quand même que ce sont des choses que je recherche de base toujours en fait.*

- Je sais pas si vous vous souvenez, j'avais du vous en parler rapidement quand on s'était rencontré, ça c'était l'échelle courte, mais il existe une longue. Est-ce qu'à votre avis, cette échelle longue, qui contient huit items, qui cote les choses entre 0 et 4 donc cinq réponses possibles. Est-ce que ça c'est quelque chose qui à votre avis pourrait vous être plus utile ?

- *Alors, je dirais, éventuellement oui, surtout lorsqu'on est face à des parents qui sont un peu dans le déni en fait. Je pense que là ça serait utile, c'est à dire que je pense que si j'ai une vraie impression clinique, je vais faire ce qu'il faut, demander un avis spécialisé ou autre d'emblée, à la limite sur l'échelle courte je dirais. Après quand on est face à des parents et ça arrive qu'on soit face à des parents qui ne veulent pas voir ou qui sont dans le déni quand il y a quelque chose : un trouble dans le contact, dans la relation... Et dans ces cas-là, avoir une échelle plus détaillée, voilà, pourrait permettre d'ouvrir un peu le regard, en tout cas aux parents, quelque chose d'objectif. Peut-être que oui, avant l'étape "avis spécialisé". Pour permettre justement que les parents acceptent qu'on aille vers un avis spécialisé parce que parfois c'est compliqué.*

- D'accord je comprends. Mais pour aller vers l'avis spécialisé, j'ai cru comprendre, que vous disiez que l'échelle courte pourrait vous suffire ?

- *Alors, non, dans un premier temps, si moi j'ai une impression clinique et que les parents me suivent, oui dans un sens l'échelle courte elle peut me suffire. Si par contre je suis face à des parents qui sont dans le déni ou qui ne veulent pas voir ou pour qui c'est trop difficile, voilà pour le coup avoir une échelle objective plus détaillée, peut être intéressante je pense.*

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- *Non, il y en a pas parce qu'elle est simple à utiliser. Non c'est plus que j'en n'ai pas forcément ressenti le besoin. Mais après non, elle est simple à utiliser, il y aurait pas un frein majeur quoi c'est bien. Les premiers temps je l'avais sous les yeux et voilà ça a été un coup d'œil. Mais non, voilà, il y a pas de frein.*

- Beaucoup de personnes ont pu citer le temps, pour vous ?

- Ah non ! Ah ouais, non, bah non. Non, parce que dans mes visites de suivi, voilà, j'ai le temps pour ça ! Ça fait partie de mon examen, voilà, donc je me pose pas la question du temps là.

- Vous prenez combien de temps d'ailleurs pour ces visites-là ?

- Alors les visites de suivi c'est des créneaux de 30 minutes et qui peuvent déborder parfois. Mais en gros sur le planning, c'est 30 minutes prévues.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Alors ben, moi je pense pour tous les... Encore une fois, je reviens à ça : en début d'activité, pour les gens qui ont moins l'habitude, qui ne voient pas des bébés toute la journée, c'est très intéressant, à mon avis. Après pour les gens rompus à l'examen des nouveaux nés et des enfants, en PMI par exemple en PMI où ils font que ça, je pense qu'ils ont l'habitude aussi et que c'est intégré à leur pratique. Mais par contre voilà, pour des jeunes médecins ou des médecins qui font beaucoup d'adultes et peu d'enfants, je trouve que c'est très intéressant quoi. Voilà.

- Merci beaucoup. **Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter par rapport à cette échelle ?**

Euh non, non. Voilà je reviens sur l'idée que ça peut être vraiment intéressant. Mais après voilà je pense que les pédiatres où les médecins généralistes qui font que de la pédiatrie, voilà... Après ça fait toujours du bien de lire quelque chose d'organisé, ça fait toujours du bien. Mais je pense que c'est déjà intégré à nos examens quoi.

➤ Médecin E

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- C'est pas difficile. Il faut le mettre sur une échelle de 0 à 10 ?

- Pas forcément mais si vous préférez pour que ce soit plus parlant vous pouvez me donner un chiffre aussi.

- Je pourrais dire 2/10.

- D'accord, donc la présentation de quelques minutes ça permet facilement de... On comprend vite les items et le système de notation ?

- Oui.

- C'est suffisant pour vous ?

- Oui.

- Et est-ce que vous avez eu besoin d'avoir recours au support (si vous avez souhaité utiliser l'échelle) ?

- Ah bah du coup j'ai triché, j'ai collé le support sur le mur d'examen. Comme ça je l'ai pas appris par cœur, mais j'ai regardé.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- Comme dit l'échelle, moi je m'en sert quand c'est les visites de suivi. Parce que si c'est une visite aiguë, effectivement si le petit il a de la fièvre ça va être compliqué au niveau comportement, il aura un comportement modifié. Mais du coup dans les consultations de suivi, j'y suis plus vigilante.

- D'accord, vous le faites systématiquement ou ..?

- Euh, quasiment ouais.

- Vous vous mettez une note en tête ?

- Oui, après je trouve que le plus compliqué dans les consult c'est les émotions. Parce que ils disent que les petits de 2 mois faut 2 émotions et après il en faut 7. Bah, le gamin, il a peur de toi, et c'est tout. Donc voilà, la multiplicité des émotions en consultation c'est un peu compliqué, parce que moi j'en ai 3 en général : soit il a peur, soit il observe, soit il joue ; ou alors il se rassure avec la maman, ça fait peut-être 4. Mais voilà, les 7 émotions à 7 mois, je les ai pas compté.

- Vous mettez combien de temps par consult pour un enfant en général ?

- Euh, bah, du coup, tout ce qui est consultation de suivi du nourrisson, c'est 40 minutes. Moi je fais des consultations de 20 minutes, ça c'est mon temps de travail normal, donc du coup pour les nourrissons, bah je prends deux créneaux.

- Est-ce que vous le marquez dans le dossier après ou dans le carnet de santé ?

- Euh non.

- D'accord, même si, enfin je ne sais pas si ça vous est arrivé encore, de trouver un enfant qui vous semblait pas avoir un score égal à 0 et donc ?

- Voilà, au pire, c'est le score à 1 à cause de ses émotions quoi. A cause de la multiplicité que je n'ai pas parce que, enfin si à 2 mois y a parce que soit ils observent, soit ils sourient, mais un peu plus grands, j'arrive pas à arriver aux 7 donc les grands de 6 mois, ils ont forcément 1 point par rapport aux émotions.

- D'accord, vous mettez quand même 1 ?

- Bah, je me le mets dans ma tête mais du coup, je me base pas dessus parce que je me dis que c'est pas forcément représentatif. Et puis, déjà quand on demande aux parents "est ce que votre petit il met des trucs dans un contenant ?", alors déjà ils savent pas trop il faut qu'ils réfléchissent, alors en plus s'il faut leur demander "est ce que votre petit de 7 mois il a eu 7 émotions différentes ?"... Donc on peut pas non plus trop demander aux parents c'est... Et puis 7 émotions ça fait beaucoup en fait. Moi je me demande si j'en connais 7 en fait. Nan mais voilà, parce qu'il y a la peur, la joie, la colère... Oui je pense que c'est cet item le plus difficile de l'échelle.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ? - - Ça permet d'être un peu plus dans l'observation de l'enfant. On est encore plus attentif, parce qu'il y a des choses qu'à force on finit par faire de manière réflexe. Et bah là du coup on est plus attentif et plus globalement. - D'accord, donc ça vous a apporté par rapport à votre examen clinique alors ?

- Ouais.

- Et après, jusque-là, il n'y a pas eu un cas où ça a pu, soit vous rassurer parce que vous aviez l'impression, qu'il y a quelque chose qui n'allait pas, où à l'inverse vous inquiéter alors que vous n'auriez pas remarqué une anomalie par ailleurs ?

- Euh, il y a un cas où je me suis dit "c'est un peu bizarre" et oui, là je me le suis noté dans mon dossier médical à moi. Parce que comme l'échelle M-ADBB, je la maîtrise pas forcément de manière officielle, j'allais pas mettre dans le carnet de santé... Surtout que les parents dans ces cas là ils auraient dit "ah bah ça veut dire quoi ?". Donc voilà, comme je suis pas suffisamment, non plus à l'aise, je me le suis marqué dans le dossier pour la prochaine visite. Quand je fais du suivi nourrisson je vérifie toujours la consult d'avant voir s'il y avait des soucis particuliers pour rebondir dessus à la consultation d'après. Et donc du coup je me le suis noté qu'il fallait surveiller.

- D'accord, donc c'était dans le sens négatif ?

- Ouais.

- Et vous l'avez pas revu encore cet enfant ?

- Nan.

- En tout cas, c'était quelque chose comme vous faites beaucoup de pédiatrie... même si peut être vous étiez moins systématique, ou je ne sais plus exactement quel terme vous aviez employé ; c'était quelque chose quand même que vous connaissiez bien et auquel vous faisiez bien attention le retrait relationnel ou la relation ?

- Euh... C'est toujours pareil... j'anticipe ma réponse... C'est qu'il y a plein de choses qu'on fait de manière automatique et dont on n'a plus forcément conscience. Et le fait de se dire "attention il y a l'échelle, euh, fais attention à ce que tu vois", bah voilà c'est bien pour la consult quoi ! Parce qu'avant on le faisait mais de manière pas consciente, donc si il y avait une grosse pathologie ça nous sautait aux yeux, mais après on fait les trucs par réflexe, on fait pas forcément attention quoi. Alors que là, je ne fais plus les choses par réflexe, je suis à nouveau dans l'attention de l'enfant et c'est bien. Et pour ma consultation parce que c'est plus agréable que de faire les choses réflexes. Et puis je pense pour les parents et pour les enfants, ça peut leur apporter quelque chose.

- D'accord, dans quelle mesure ça peut leur apporter quelque chose ?

- Bah parce que si justement je dépiste une anomalie, comme c'est plus quelque chose de... C'est à dire que ça permet de schématiser une impression. On a l'impression qu'il y a un problème de retrait, et grâce à l'échelle on arrive à mieux la cerner et donc mieux l'expliquer, mieux la suivre. Donc plutôt que de se dire "tient, ce gamin il était bizarre", parce qu'avant c'était ça en fait les réponses, "là ce gamin il est bizarre, je sais pas ce qu'il y a mais il y a un truc bizarre", du coup, ça veut dire qu'on a senti qu'il y avait une anomalie, mais qu'on en n'a pas pris conscience quoi, il y a juste un truc bizarre. Alors qu'avec cette échelle, ça va permettre de se poser la question de "mais il y avait quoi de bizarre avec ce gamin ?"

- D'accord. Et, après votre examen clinique, à part que peut être vous avez en tête les items, il n'a pas changé, c'est le même ? La prise en charge est la même ? Ça s'est "glissé" dans vos habitudes ?

- Ouais.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- *Il a fallu penser à regarder le mur pour regarder la plaquette ! Ahah !*

- *Ok, ça ne vous a pas paru chronophage ? Car il y a beaucoup de gens qui me disent ça.*

- *Euh, beh non parce que moi je trouve que ça s'intègre. Non, ça a dû prendre 1 minute de plus je pense. Ou justement pour se fixer un peu plus sur chaque item. Mais comme c'était déjà fait en global dans l'examen clinique mais comme je dis, c'est sans forcément en avoir conscience... Eh beh du coup, là c'est sûr que quand je vois le gamin je me dis "ah là il sourit, il a une émotion, ah là il a l'air apeuré, deux émotions"... Mais je me prends pas 15 minutes pour me dire "oh on dirait qu'il est apeuré !". Donc voilà, mais avec la nuance peut être aussi que moi j'ai une consult à 40 minutes, voilà. Parce que c'est sûr que si mes collègues ils font des consult à 15 minutes, il faut tout rentrer dedans et en plus être vigilants à certains items, ouais c'est peut être chronophage car ça va leur prendre 10% de leur temps d'examen. Mais comme moi j'ai 40 minutes tout compris pour observer l'enfant, parce que même quand je suis au bureau et que je discute avec les parents, j'allais dire, je fais des grimaces aux enfants, maintenant j'ai un masque c'est compliqué, mais voilà, même quand on est dans la phase de discussion, je suis pas dans la phase d'examen, je suis quand même en interaction avec le petit, à le regarder, à faire des grimaces derrière mon masque.*

- *Et justement, les parents, est-ce qu'ils ont remarqué votre fiche ? est-ce que vous leur avez parlé de ça ? Est-ce que ça vous a posé problème ?*

- *Euh, non, juste elle est sur mon mur, ça va bien.*

- *Et l'échelle vous semble assez facile ou est-ce que, ce qui aurait pu être un frein c'est de vous dire "ah je ne suis pas sûre de ma cotation" ? Peut être justement par rapport à l'expression du visage, et du coup "j'en prends pas compte" ou il y a pas d'incertitude du résultat et ce n'est pas un frein ?*

- *Non, non je pense que c'est assez clair. A part, rebelote cette cotation des émotions.*

- *Ok, mais du coup vous prenez ça en compte ?*

- *Ouais, du coup je dirais le frein c'est la cotation des émotions.*

- *Ok, mais de toute façon, en effet, s'il y a que les émotions et que vous mettez 1 ça ne compte pas comme un retrait relationnel puisqu'il faudrait 2.*

- *Ouais voilà.*

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- *Parce que c'est une échelle qui est facile ! Il y a que 5 items. Et ça s'intègre à l'observation de l'examen clinique. Il y a pas d'exercice, enfin, ouais, il y a pas d'exercice supplémentaire à intégrer dans l'examen clinique. Moi ça a pas modifié mon examen clinique, c'est juste une attention complémentaire.*

- *D'accord, et vous y voyez un bénéfice quand même à la connaître ?*

- *Ouais. Oui parce qu'on est re-conscient, voilà comme je disais, au lieu de "ah ce gamin il est bizarre", c'est "euh, il y a peut-être un problème de retrait ou il était bizarre dans les émotions, ou voilà". J'étais avec un étudiant pour ce gamin qui était bizarre, et du coup on en a rediscuté après et voilà je lui dis "le gamin tu l'as trouvé comment ?" il me dit "oh bah non normal", je lui dis "t'as pas trouvé ça bizarre ? Et ça bizarre ? Et ça bizarre ?", il me dit "ah ouais, ouais, maintenant que tu le dis ouais".*

- *Et du coup, justement pour objectiver ça vous avez discuté de l'échelle, vous lui en avez parlé ?*

- *Ouais !*

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter peut-être ?

- *Euh, alors moi je fais partie du réseau Grandir en Occitanie maintenant, c'est le suivi des enfants prématurés ou avec microcéphalie. Bon, j'ai pas beaucoup d'enfants sur le plateau qui rentrent dans le cadre, mais du coup ils font une formation sur l'échelle M-ADBB en octobre et en janvier ! Donc t'es à la mode ! Et je crois que c'est M. Guedeney qui fait la formation pour le réseau, donc là il y a 2 sessions qui vont passer.*

- *D'accord, et vous allez y aller du coup ?*

- *Euh bah celle d'octobre je peux pas, et du coup je vais voir si celle de janvier je peux m'y intégrer.*

- *Bon, si vous êtes déjà un peu formée avec le petit topo que je vous ai fait, vous pourrez arriver à suivre. Parce qu'ils vont vous former à l'échelle longue qui elle est un peu plus complète et complexe. Mais c'était dans le cadre de ce réseau que j'avais fait la formation quand j'étais interne.*

- *Ah beh voilà, peut être qu'ils peuvent mettre qu'effectivement ils sont en train de diffuser la formation à cette échelle au*

niveau des professionnels ouais. C'est pas, t'as pas choisi de faire ta thèse sur une échelle qui "n'existe pas". Voilà, dans le sens... Nan, mais voilà, mais ça t'a intéressé, mais c'est vrai qu'il peut y avoir plein de techniques qui peuvent être épisodiques même si intéressantes. Voilà et là tu fais ta thèse sur un sujet qui est en train de prendre de l'ampleur donc les professionnels spécialistes sont intéressés par cette échelle et travaillent dessus quoi. Donc si les spé font l'échelle longue, pourquoi pas les généralistes feraient l'échelle courte ?

Après relecture des verbatims, nous avons pris conscience que l'activité en crèche de ce médecin n'avait pas été évoqué explicitement, ainsi nous lui avons adressé un mail afin d'apporter quelques précisions :

J'aurais aimé savoir en quelques mots, si l'échelle M-ADBB peut vous être utile lors de votre exercice en crèche ? Et si non, pourquoi ?

Concernant la crèche, il y a tout le côté administratif de gestion des protocoles, etc, et les visites d'enfant. Le fonctionnement de la crèche dans laquelle je travaille : consultation d'entrée obligatoire, puis consultations possibles selon le désir des enfants ou influencées par le personnel si problématique médicale ou éducative avec un enfant. Donc concernant l'examen des enfants, c'est le même que celui des enfants vus en cabinet, donc même réponse !

➤ Médecin F

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Euh, non c'est assez simple. Je pense que c'est assez simple parce qu'on a une pratique pédiatrique quand même qui est importante. Pour un médecin généraliste, qui a moins de pratique avec des enfants ça, peut-être, ça demandera un peu plus de temps d'appropriation.

- D'accord, plus de temps pour bien comprendre comment ? Le contenu des items ou par rapport à la cotation ?

- Pas tellement par rapport à la cotation, c'est plus, je pense pour le contenu. Parce que nous on a quand même notre attention qui est déjà attiré par tous les items de part notre pratique qui est bien spécifique : dans la protection de l'enfance, dans la prévention, etc. Et je pense qu'un médecin généraliste... J'ai été généraliste aussi, longtemps avant d'être médecin de PMI. Donc on est moins... Peut-être que maintenant c'est différent parce que je suis un peu vieille. Je dis ça mais c'est enregistré, ahah ! Mais, non, ce que je... Je pense qu'on n'avait pas autant de formation sur ce... D'attention attirée sur ce genre d'élément quoi.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- Euh, j'allais dire qu'en fait, j'ai bien apprécié de l'avoir parce que ça objective en fait les choses. Mais je pense qu'on le faisait déjà avant ! Donc en fait, c'est une manière d'objectiver les choses, de pondérer les choses, de dire, je peux coter les choses, voilà, mettre un chiffre sur les éléments. Enfin voilà. Mais je l'utilise quand même... - Vous n'avez jamais ressenti la nécessité de l'utiliser formellement disons ?

- Si ! Disons qu'en fait maintenant, ce qu'il y a c'est que si je me pose une... Disons que j'étais déjà interpellée au préalable de toute façon. Maintenant ça me donne un outil, voilà, pour concrétiser, j'allais dire, mes inquiétudes, mes interrogations. Donc je vais le sortir si j'ai une interrogation. Si je me dis "ah là, je le ressortirai peut être", je l'ai sous la main en tout cas, effectivement.

- D'accord. Cette situation elle est jamais arrivée jusque là ?

- Si, c'est arrivé.

- Est-ce que, du coup, si c'est arrivé, c'est quelque chose que vous notez dans le dossier de l'enfant ou pas ?

- Oui, oui, oui, du coup maintenant effectivement. Et c'est à ce niveau là que je trouve ça pertinent d'avoir un outil un peu objectif en fait. Parce que sinon c'était plutôt des ressentis, puisque c'est des histoires de contact, de relation... C'est un ressenti quand on fait une observation, un examen clinique. Là on met des scores, donc on objective un peu plus. Donc c'est toujours un peu subjectif quand même. Et puis c'est bien dit, il y a quand même des éléments qui sont, des items tempéramentaux, etc, qui sont pas de critères... Mais non, c'est pas binaire non plus. En tout cas, ça nous donne quand même une échelle qui nous permet d'objectiver un peu plus les choses.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

Donc, ce que vous dites, si je comprends bien, c'est que ça objective un sentiment que vous aviez déjà ?

- *Voilà. Disons qu'en fait on était un peu dans un ressenti et là on est un peu plus dans l'objectivité, enfin voilà. Ça nous permet de donner un outil intéressant je trouve.*

- Et le fait de l'objectiver justement est-ce que ça va changer une prise en charge par exemple ? Ou qu'est-ce que ça va apporter de plus ?

- *Disons qu'en fait, par exemple ce qui est intéressant c'est que là on travaille en binôme avec les puéricultrices notamment. Et je pense à une situation, et notamment, voilà une situation d'un enfant, quand on a revu ça ensemble après coup, c'est après la consultation par contre, j'avais pas eu le temps d'en parler encore avant avec la puéricultrice. Après coup on a relu l'échelle, etc. Et puis j'ai dit "bon, qu'est-ce que t'en penses ?". Et du coup ça nous a permis de nous mettre d'accord un peu aussi sur nos observations. Ça a permis d'échanger, de dire est-ce qu'on ressent la même chose ? Est-ce que... Enfin comment, du coup, comment est-ce qu'on aborde... Ça permet de dire est-ce qu'il faut... On s'inquiète ? On s'inquiète pas ? On adresse ? On adresse pas ? Voilà, on surveille simplement, on revoit ? Mais ça nous attire, ça nous éveille l'attention. Et je trouvais ça intéressant justement dans le fait d'échanger avec quelqu'un. Voilà.*

- Ok, et par exemple, dans cette situation, ça a mené vers quoi ? Peut-être, d'ailleurs, est-ce que vous avez, justement, réévalué l'enfant ? Normalement, c'est ce qui est conseillé pour vraiment dire qu'il y a un retrait relationnel et que c'est pas une situation, un retrait à un moment T, pour une raison...

- *Oui, voilà, alors on a, alors on n'a pas forcément réussi à le faire dans les 15 jours, mais bon oui on a réévalué. En l'occurrence on l'a orienté, en l'occurrence... Et puis effectivement, de toute façon c'est une situation qui était déjà connue de l'aide sociale à l'enfance pour une autre fratrie donc ça nous a relancé un petit peu... Bon, en l'occurrence c'était des inquiétudes. Mais effectivement, du coup, on s'est... Comme je dirais ça a confirmé des inquiétudes et ça nous a permis de dire "peut être qu'il faut aller plus loin effectivement dans la prise en charge quoi".*

- Et, pardon, parce que du coup, vous êtes en PMI, ça me fait penser à ce qu'avaient pu me dire d'autres médecins qui connaissaient déjà l'échelle, dans la première partie de ma thèse. Vous l'avez adressé à quelle structure ?

- *Donc là, en l'occurrence, il y a eu l'UPB (Unité Parent Bébé). Après il y a l'aide sociale à l'enfance aussi, enfin, je veux dire, on est aussi en lien avec l'aide sociale à l'enfance quand même.*

- Et, est-ce que, une question, parce que d'autres me l'ont dit, Est-ce que vous, en adressant justement, vous avez parlé de cette échelle pour objectiver justement et appuyer votre demande ? Est-ce que ça a pu être aidant et plus rapide ? Ou pas vraiment ? C'est plus pour vous personnellement ?

- *On l'a fait pour nous. Maintenant, bon après, si ça devient un langage commun ça pourrait être intéressant quoi.*

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- *Les freins sont les questions pratico-pratique j'allais dire, effectivement, si l'enfant est pas en bonnes conditions quoi. Il y a des choses qui parasitent un peu l'observation. Après nous, l'avantage en PMI c'est qu'on a du temps. On a plus de temps qu'en médecine libérale, donc on arrive plus facilement parfois à se mettre en situation, mais il y a quand même des fois où c'est pas possible parce que le bébé à faim... Je veux dire, il y a quelque chose qui vient parasiter le...*

- D'accord. Après ça s'intègre facilement dans vos habitudes d'examen clinique, etc ?

- *Oui, oui, oui.*

- Le regard des parents face à ça ? Est-ce qu'ils s'en aperçoivent disons de l'évaluation ? Vous leur expliquez ? Ou pas du tout et du coup c'est pas...

- *Alors, je l'explique pas en tant que tel. Disons que quand j'examine un bébé, je parle toujours beaucoup aux parents en même temps, enfin, je parle au bébé et aux parents. Donc en fait j'exprime mes observations. Je parle au bébé en me disant "bah voilà, tu me parles bien, c'est chouette", je dis "ah c'est bien, tu bouges bien", voilà je... Je verbalise mon examen clinique en général. Parce que les parents comme ça c'est important aussi qu'ils voient qu'on regarde. Je trouve que c'est bien de dire les choses. Enfin voilà, on est quand même bien... Je le dis mais je le dis pas uniquement pour utiliser l'échelle quoi.*

- Je comprends, d'accord. Et est-ce que l'échelle vous semble suffisamment simple pour être utilisée ou est-ce que vous pouvez... Tout à l'heure vous parliez des items tempéramentaux. Ou est-ce que ça pourrait être un frein de se dire "c'est peut-être pas très fiable, ou je suis pas sûre ?".

- *Je dirais pas que c'est quelque chose d'absolu. Moi je pense que c'est quand même un outil, c'est pas une vérité absolue dans le sens où c'est quelque chose qui est à réévaluer. Mais l'avantage c'est que justement, si en plus, voilà on partage avec la puéricultrice, on peut se dire après "qu'est ce que t'en a pensé ? Moi je pense à ci, à ça et toi qu'est ce que t'en penses ?".*

On n'est pas forcément toujours d'accord. C'est des choses... Je dirais, c'est plus intéressant aussi quand on revoit l'enfant, c'est pas sur une consult... Enfin, à moins qu'il y ait des choses vraiment énormes, mais bon, voilà. Mais parfois on est interpellé, on dit qu'on revoit la fois suivante. C'est vrai que c'est intéressant, parce que du coup si on a pu le marquer dans le dossier on peut y revenir l'observation suivante, dire comment ça évolue, etc. Moi je trouve, à ce niveau là c'est un outil, après c'est pas une vérité absolue parce que d'une fois sur l'autre on peut quand même avoir des observations différentes.

- D'accord, donc en fait ce n'est pas un problème.

- Mais c'est un outil quoi !

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Comme je disais, c'est une manière en tout cas de... Ce sont des items un peu... Comme tout outil, moi je trouve que les échelles sont intéressantes parce que ce sont des critères sur lesquels on revient et on essaye de... Enfin comment dire, on peut y revenir une fois sur l'autre. Donc je trouve que c'est applicable à ce niveau là. Parce que parfois quand on reste sur un ressenti général sans le mettre, sans essayer d'objectiver un petit peu sur qu'est ce qui nous inquiète et qu'est ce qui nous inquiète pas. Ça reste un peu flou, un peu vague d'une fois sur l'autre quoi. Tandis que là on peut dire "bah voilà, au niveau des expressions", enfin, on peut reprendre les items l'un après l'autre et dire "bah là, j'ai trouvé ci, j'ai trouvé ça" et y revenir une fois sur l'autre, ça permet de... Oui, voilà ce que j'ai dit, d'objectiver, de positionner, d'avoir un repère. Ça permet d'avoir un repère d'une fois sur l'autre.

- D'accord et ça vous paraît applicable dans l'exercice en cabinet ou en PMI ?

- Il me semble oui. Enfin, en tout cas en PMI certainement. En médecine générale, justement, ça peut faciliter, je pense, pour un généraliste qui parfois a moins de temps, a plus besoin d'aller à l'essentiel on va dire. Et donc, ça peut l'aider à dire "même si on n'a pas le temps, on regarde ça".

Et puis par exemple, moi il y avait quelque chose que je n'avais pas verbalisé comme ça et je trouve que c'est essentiel, l'histoire de la qualité par exemple, du plaisir qu'on reçoit à examiner un enfant, qu'on ressent. J'avais jamais formulé comme ça, mais c'est vrai que c'est un critère quand même important.

- Vous voulez dire du coup, l'item relation ou vous parlez de l'item attractivité qui est dans l'échelle longue ?

Attractivité, voilà.

- Ça c'est dans l'échelle longue du coup, pas la courte.

- Oui, dans la plus grande oui.

- Parce que donc vous l'utilisez, enfin les fois, la fois où vous avez utilisé l'échelle, vous avez utilisé laquelle ?

C'est à dire qu'en fait moi je... En fait, puisqu'on avait parlé des deux, donc moi je l'avais encore en tête et effectivement après coup là je me suis dit, c'est par exemple c'est un bébé avec lequel j'avais, il y avait pas d'attraction quoi, je m'ennuyais, c'est un bébé qui n'appelait pas l'interaction. Du coup c'est pour ça que je me suis dit "ah oui...". Mais c'est vrai que c'est un critère qui avait été évoqué, du coup ça m'a fait tilt, je me suis "mais oui, c'est un élément important". Après moi je garde la courte devant moi en fait. Mais je me souvenais de ce critère qui m'avait interpellé quand on en avait parlé, parce que je trouve qu'il est intéressant. Effectivement, c'est quelque chose qu'on retrouve assez souvent dans la consultation. C'est quelque chose que j'ai assez bien ressenti et du coup je me suis dit "ah oui mais voilà, mais du coup ça me permet de mettre un mot sur quelque chose je ressentais", voilà d'un enfant avec lequel on ne se sent pas bien en relation parce qu'il n'attire pas le regard, il n'attire pas l'envie d'entrer en relation avec lui.

- D'accord, merci beaucoup. Du coup, je reviens un peu sur cette question là, comme vous connaissez aussi la longue. Pour préciser, du coup, vous disiez que vous avez la courte devant vous, est-ce que vous faites un score total ? Ou avec la puéricultrice vous faites juste, vous mettez en revue les différents items avec ceux de la longue aussi ?

- Non, je fais juste la courte.

- Avec un score ?

- Oui, enfin le score, alors là, je vais dire, je fais un score si je suis inquiète oui évidemment.

- Ok, si vous êtes inquiète. C'est juste que l'attractivité, vous l'aviez, c'est quelque chose qui vous avait marqué.

- Ça m'avait marqué, j'avais trouvé ça intéressant. Je me suis dit "oui au fond effectivement, quoi". On rentre dans des situations où on trouve effectivement des enfants qui ont pas du tout envie de, qui n'éveillent pas l'envie d'entrer en relation.

- D'accord, et je sais pas si vous vous souvenez, dans la longue il y a "autostimulation", je sais pas si c'est quelque chose auquel vous faites attention ?

- Euh, après l'autostimulation, c'est plutôt voilà, les balancements, les choses comme ça. C'est quelque chose qui attire

l'attention bien sûr.

- Et il y a le dernier item qui est dans la longue et pas dans la courte, c'est la rapidité de la réponse à une stimulation. Est-ce que c'est quelque chose que vous aviez gardé en tête aussi ou pas ?

- *Je l'avais pas gardé...*

Ok, bon, merci beaucoup, est-ce que vous aviez quelque chose à ajouter ?

- *Euh, non, en tout cas je trouve... Non, je redis que c'est un outil intéressant, je suis contente de le connaître, de le partager avec ma collègue puéricultrice. Intéressant à avoir comme outil. Franchement, je pense que c'est, comment dire... C'est pas non plus miraculeux j'allais dire comme outil, mais c'est quelque chose d'intéressant. Dans le sens où... Mais je pense peut-être qu'en médecine générale c'est encore plus intéressant parce que, voilà, ils peuvent bien s'appuyer sur quelque chose.*

- Oui, pour les gens qui ont moins l'habitude que vous ?

- *Oui justement qui le font pas, parce que nous on fait quasiment que ça comme consultation tandis que en généraliste, les examens d'enfants se perdent au milieu de beaucoup de choses, d'autres choses. Et donc c'est dans cet outil là, dès qu'ils sont interpellés... Et puis le fait de l'avoir, déjà de le lire, ça réveille l'intérêt de dire "ah oui, il faut peut être que j'observe ça", et voilà, c'est très intéressant. Vous avez eu des échos de confrères généralistes ?*

- Oui, pour l'instant j'en ai interrogé une seule, c'est vrai que la majorité pour l'instant ça a été des médecins de PMI. Peut-être aussi parce que l'intérêt aussi est plus grand. Mais c'est vrai que la personne généraliste que j'ai eu m'a dit que ça lui avait permis de systématiser son examen clinique.

- *C'est ça, c'est que j'allais dire, oui, c'est une bonne manière de l'exprimer. On le fait rentrer dans l'examen un peu systématique, on se dit "il faut pas que j'oublie ces items", parce qu'on est plutôt sur le somatique pur, parfois en médecine générale évidemment, et c'est intéressant d'avoir ça comme critère objectif quoi. Je pense que ce serait très intéressant à systématiser au niveau de la médecine générale ouais.*

➤ **Médecin G**

Moi je voulais vous dire quand même que je l'ai pas du tout utilisée au mois d'août. Je l'ai utilisée à peu près sur 6 consultations au mois de juillet.

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- *Moi, je trouve que c'est relativement simple. C'est facile à mettre en place. J'ai pas eu de difficulté particulière.*

- D'accord, donc, que ce soit le contenu des items, ou la cotation, tout vous paraît clair et accessible ?

- *Oui, oui, pour moi c'est clair. Alors ce que j'avais fait c'est qu'il y ait une trace dans le dossier, j'avais fait des photocopies de l'échelle M-ADBB et en fait je l'avais daté, j'avais mis l'âge de l'enfant et je l'ai glissé dans le dossier à chaque fois. Parce que le but aussi... Alors, je... J'ai pas eu d'enfants qui ont posé de problème, ça a été comme ça. Voilà, donc, le but, je disais, si je... Si je le fais avec un enfant qui va poser problème, effectivement, j'aimerais pouvoir ensuite avoir une trace ou si quelqu'un me remplace avoir une trace du premier examen.*

- Pour voir l'évolution ?

- *Oui, c'est ça, pour voir l'évolution.*

- Ok, super, merci beaucoup. Ah et peut être juste, si, du coup, vous vous avez l'habitude, vous voyez beaucoup d'enfants, etc... Imaginons pour un médecin généraliste qui voit des patients de tout âge, est-ce que vous pensez que ce serait facile comme outil aussi à intégrer ?

- *Alors pour un médecin généraliste, il faudrait savoir quelle place il accorde à l'examen de l'enfant quoi. Parce qu'en fait, moi je vois sur mon secteur, il y a quand même très peu de médecins généralistes qui voient des enfants, même des gens jeunes qui se sont installés il y a pas longtemps. Alors sur les 3 "jeunes" qui se sont installés, il y en a qu'un, c'est un monsieur d'ailleurs, qui est plus focalisé sur les enfants et bon, je pense que pour lui ça pourrait passer. Pour les deux autres c'est des femmes, c'est vraiment curieux, et elles, elles n'apprécient pas de travailler avec les enfants. Il y en a une avec qui j'ai déjà parlé et c'est pas son truc les enfants, ouais elle se sent pas... Je pense qu'elle serait en capacité, mais elle se sent pas à l'aise avec les*

enfants. Je pense que pour le médecin, qui accorde de l'importance à l'examen médical d'un enfant, au suivi médical d'un enfant, je pense qu'effectivement ça peut être un outil.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- Alors, bah, moi je pense... Là j'ai pas repris les consultations, je reprends demain, parce que j'étais en congé. Moi je pense que c'est quelque chose que je vais continuer à utiliser. D'ailleurs je m'en suis fait plusieurs, un bon tas donc je vais continuer à l'utiliser.

- D'accord, vous l'utilisez systématiquement vous ?

- Je vais peut-être pas l'utiliser systématiquement. Mais je vais peut-être essayer de cibler, je sais pas, vers l'âge de 5-6 mois je pense, et puis peut être, plus après vers... Alors à 9 mois je vais peut être pas l'utiliser parce qu'on déjà le gros bilan du 9ème mois. Mais après je pensais l'utiliser à 12 mois et à 18 mois.

- Et pour tous les enfants ? Que vous ayez une inquiétude ou pas ?

- Oui, pour tous les enfants, oui, oui, oui.

- Et d'ailleurs quand vous dites que vous avez photocopié la fiche, c'est la fiche mémo que je vous avais envoyée ou vous avez un autre support ?

- Non, non, c'est la fiche mémo que vous avez envoyé avec expression faciale, le contact visuel... Voilà, c'est ça que j'utilise et que je laisse... Je le date, je mets l'âge de l'enfant et je le laisse dans le dossier.

- Et donc vous faites un score à chaque fois ?

- Oui.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

- Je pense qu'en fait ça n'a pas trop changé dans ma pratique, parce que c'était des choses que je faisais. En fait on était déjà... Enfin, je pense qu'en PMI on était déjà un petit peu habitué à voir ces signes d'"alerte", c'est déjà des choses qu'on recherche. Donc je dirais pas que ça... Je me suis peut-être plus focalisée en prenant le temps, de bien, à chaque fois que je voyais l'enfant et que je faisais l'échelle M-AIDB, en fait je prenais vraiment le temps de faire les 4 items, en gros.

- D'accord, les 5.

- Oui les 5 pardon.

- Et donc, si vous voulez continuer à la faire cette échelle, c'est parce que vous trouvez que vous y portez un peu plus d'attention alors ?

- Voilà c'est ça ! C'est à dire que c'est un moment où je suis plus vigilante, là à 6 mois, 12 mois et 18 mois où je me suis dit "je me pose et je vois bien les 5 items".

- D'accord. Après, donc si j'ai bien compris ça s'intègre quand même bien dans votre consultation, facilement ?

- Oui, oui.

- Ça n'a pas changé votre façon de faire ?

- Non, non. Ça prend peut-être, un petit plus de temps effectivement, parce que il faut faire les 5 items. Et lors d'une consultation "normale", je vous dis, je fais peut-être pas les 5 items à chaque fois. [bug son] Je disais, je prends un peu plus de temps à 6 mois, 12 mois et 18 mois. En disant "bon là il y a l'expression faciale, le contact visuel, l'activité générale..." enfin voilà, les 5 items, bien se poser. Mais ça prend pas énormément plus de temps, si on voulait coter je dirais, peut être 5 minutes de plus.

- Ok. Et jusque là, les enfants que vous avez coté, ils ont tous paru sans retrait ?

- Oui, non, non, c'est ce que je vous ai dit au fait, ceux que j'ai vu, il y a pas eu de retrait.

- D'accord, et est-ce que des fois, par exemple, vous aviez l'impression qu'il y aurait un peut être... Ou vous auriez eu une inquiétude au premier coup d'œil mais en faisant l'échelle ça vous a prouvé le contraire ?

- Peut-être un, j'ai pas... Je voulais ressortir les dossiers hier et en fait j'ai zappé hier après-midi. C'est surtout quand on rentre comme ça on est un peu noyé, on est sollicité. Et voilà, puis ce matin on était en réunion PMI, et puis voilà j'ai pas le temps. Mais effectivement, oui peut être un.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- Non, j'ai pas eu de frein particulier, non, non, non.

- Donc, vous disiez peut être 5 minutes de plus, mais ça vous pose pas de problème ?

- Ah, oui, non, ça me pose pas de problème. Moi j'accorde... Les RDV, on les donne toutes les 25 minutes ici. Donc c'est

honnête quand même comme temps de rencontre avec la famille avec l'enfant, donc ça permet tout ça.

- Et est-ce que justement les fois où vous utilisiez l'échelle, vous sortiez le petit papier, etc ? Est-ce que les parents ont pu le constater et étaient curieux ?

- Alors, curieux je sais pas parce que j'ai une population quand même immigrée comme beaucoup. Mais je leur ai toujours dit en fait "voilà j'ai un nouvel outil, je leur ai montré et aujourd'hui on va prendre un peu plus de temps pour voir le contact visuel..." Voilà essayer de leur expliquer.

- D'accord, donc les parents ne sont pas, en tout cas, un frein ?

- Ah, non, non, non, non, non, non. Et ce que je voulais aussi vous dire c'est que du coup, dans le carnet de santé, le jour où j'ai vu l'enfant, j'ai noté, "échelle M-ADBB réalisée" et j'ai mis le score. Moi je marque tout dans le carnet de santé de toute façon, donc ça va a changé grand-chose à ma pratique quoi ! Mais je l'ai noté quoi.

- Ca marche parfait. Et oui, justement, les scores vous les trouvez... Enfin, vous trouvez que c'est facile, vous n'avez pas d'incertitude sur le résultat ?

- Non, non, non. Au début, c'est vrai quand on avait fait la formation là le 8 juillet, je me suis dit, ça doit peut-être pas facile à faire, donc j'avais un peu d'appréhension je dirais pour les premiers. Mais en fait j'ai trouvé que c'était facile.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Bah, moi je pense que c'est intéressant. En PMI, je vous dis, on est quand même assez, on fait quand même attention à ce genre de chose. Après, moi je vous dis, je me suis vraiment dit, c'est un... Ça va être un moment plus privilégié, 6 mois, 12 mois et 18 mois où là je vais vraiment me poser pour faire les 5 items. Donc je pense qu'effectivement, ça peut être quelque chose de supplémentaire, se poser et bien voir que les 5 items. Après moi je pense qu'en médecine générale ça pourrait être intéressant aussi. Je pense que ce serait bien pour les médecins généralistes. Après je sais pas comment ça peut être envisageable de les informer... Mais moi je pense que ça peut être intéressant.

- D'accord, comme vous disiez tout à l'heure pour ceux qui accordent de l'importance à ?

- Voilà, pour ceux qui veulent vraiment faire de la "pédiatrie", qui ne se contentent pas de faire les vaccins, parce que les vaccins ils faut les faire. Mais ceux qui accordent, je vous dis, j'en ai un en tête à S, relativement jeune, je pense que lui il serait réellement intéressé quoi. Je l'ai jamais rencontré ce monsieur, mais je sais pas si c'est quelqu'un qui a déjà fait de la PMI, qui a fait des stages en pédiatrie... Mais vraiment quand je vois le carnet, mais même en en parlant avec les familles, je vois vraiment que c'est quelqu'un qui est intéressé par la pédiatrie.

- Ok, donc avec ce profil là oui.

- Oui. Après les autres, je saurais pas dire. Après il y a des médecins généralistes qui passent... Enfin, mon ex-mari était médecin généraliste, mais pas du tout ici, dans X et c'est vrai que vu le temps qu'ils accordaient au patient, ils sont débordés effectivement, ils font des 40 et plus actes par jour. Je pense que même s'ils sont intéressés par la pédiatrie, je pense que c'est compliqué quand même. Mais après là maintenant, je ne peux pas parler pour les autres !

Ca marche, merci beaucoup. Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?

- Euh non, rien de particulier. Je vous remercie de nous avoir sensibilisé à cet outil. J'ai vraiment apprécié, je vais continuer de l'utiliser.

➤ Médecin H

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Donc l'échelle corrigée c'est ça ?

- Oui c'est ça.

- Elle est... Il y a pas de difficulté d'apprentissage je suppose, voilà, c'est ça que je dirais.

- D'accord, que ce soit au niveau de la clarté des items ou de la cotation, c'est accessible pour vous ?

- Ça me semble accessible oui.

- Est-ce que, si vous utilisez l'échelle, vous avez recours au petit support que je vous avais laissé ?

- Oui, le mémo là ?

- Ouais.

- Ah, oui, oui, bien sûr oui. Je l'ai utilisé avec ça en fait.

2) Dans ta pratique quotidienne, quel est ton usage de cette échelle ?

- Alors c'était néant l'usage de cette échelle puisque je la connaissais pas, enfin si, j'en avais entendu parler, mais je l'avais jamais utilisée. Et là, bah ça fait 2 mois.... Enfin, les mois d'été... Je l'ai un peu utilisée, alors au début pour tester, en plus j'étais avec une stagiaire puéricultrice donc ça l'amusait bien aussi donc on a testé ensemble sur plusieurs consultations tous les bébés. Et là maintenant, ça m'arrive de l'utiliser une fois de temps en temps quand ça se prête, c'est à dire, quand l'enfant présente peut-être un syndrome carenciel ou peut être un trouble du développement. C'est quand même pas fréquent.

- D'accord, c'est si au premier abord vous sentez que quelque chose qui ne va pas, dans ces cas là vous l'utilisez...

- Oui, oui !

- D'accord, et est-ce que vous laissez une trace dans le dossier ?

- Alors, on a réalisé, j'ai... La secrétaire a fait une fiche. Mais je l'ai pas utilisée en fait. Ce que j'utilise quand je laisse une trace dans le dossier, souvent je mets "M-ADBB" et puis je mets le résultat, voilà c'est tout.

- D'accord, c'est dans le dossier informatique ou c'est dans le carnet de santé ?

- J'ai pas de dossier informatique. Donc, j'ai un dossier papier. Et je le mets que dans mon dossier. Je le mets pas dans le carnet de santé.

- Ça marche parce que ? C'est par rapport aux parents ?

- Parce que, à la fois, par rapport aux parents... Et parce que... En fait si... Donc... Pour l'instant c'est quelque chose qui est à l'essai, c'est pas, j'ai pas une grande habitude de manipuler cette échelle. Et, c'est vrai, on l'abordera peut-être un peu plus tard dans l'entretien, moi ça fait quand même 20 ans que je fais de la PMI donc c'est vrai que j'ai aussi, si j'ai une inquiétude, je sais déjà où orienter et je préfère pas le marquer dans le carnet de santé, je préfère passer la main à des praticiens de 2ème ou 3ème ligne, voilà.

- Ça marche. Et, juste, pour en revenir, vous parlez d'un petit, d'une fiche qu'avait fait la secrétaire ? C'est à dire, qu'est-ce que c'est exactement ?

- Elle a fait une fiche où... En fait je les ai laissés là haut, je vais monter en même temps qu'on parle. C'est une fiche pour noter... [bug son] En fait nous on a des consultations qui durent 20 minutes où on a quand même, c'est dense, on a beaucoup de choses à faire. Et j'ai pas trop le temps de faire ça quoi. Mais il faudrait que je le fasse après la consult. Mais, ça s'enchaîne, donc je le fais pas. Alors, elles sont là les fiches, voyons comment elle me les a faites, si je les trouve... Non, j'ai pas celle de la secrétaire là, j'ai que celle que tu m'as passée, les petits aides mémo. Alors, ce que je fais, parce que, par contre, je les ai faites photocopier et moi je préfère, je marque dessus directement, je marque le nom du petit en haut, son âge et la date, et je marque dessus directement, je trouve que c'est très, plus parlant.

- D'accord, et après dans le dossier papier alors ?

- Et après dans le dossier papier, ou alors directement dans le dossier papier sans rien marquer. En mettant, par exemple, si je trouve que l'acceptation de l'engagement dans la relation est pas top, je peux mettre 1, et à ce moment-là je peux détailler ça, si à ce moment-là j'ai un 1 ou un 2 quoi.

- Et, tant que j'y pense. Ça m'est arrivée de tomber... Parce que moi, je travaille beaucoup à SOS médecin, et ça m'est arrivé plusieurs fois d'avoir des enfants où dans le carnet de santé il y avait un tampon à ton nom. Et du coup, je pense une ou deux fois, je me suis "amusée", j'ai fait une petite évaluation ADDBB, M-ADDBB pardon, bien que c'était des enfants que je voyais en aigu. Je sais pas si par la suite vous avez remarqué, vous avez revu ces enfants ou pas ?

- Euh, non j'ai pas fait attention tien ! Tu es sur SOS médecin ?

- Oui.

- Sur X ?

- Oui.

- Ah c'est rigolo. Peut-être que je les verrais dans l'avenir. C'est des enfants de quels âges ?

- Oh je sais plus, un âge où on peut faire l'ADDBB. Pas si bébé que ça je dirais. Peut-être 18 mois, je sais plus exactement. Ça m'arrive de temps en temps de voir... Peut-être deux fois j'ai pu mettre "M-ADDBB=", à chaque fois c'était des enfants qui n'avaient pas de retrait même en étant justement, malades, moi je voyais rien d'anormal.

- Non, je regarderais désormais. C'est vrai que de temps en temps je vois passer des cachets de SOS médecin et souvent c'est plutôt effectivement... Si j'avais remarqué... Enfin parce que, en général, SOS médecin et souvent, c'est plutôt effectivement, en général, ils ont plutôt un syndrome fébrile, on vous appelle plutôt pour ça SOS médecin. Non je ferais

attention désormais.

- Enfin, bon, ça c'était une parenthèse, la question suivante :

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à ta pratique ?

- Alors, et bah moi je trouve ça intéressant, parce que ça permet de reposer à chaque fois la question du trouble du développement, bien que, je pense que chez les médecins de PMI qui ont un peu de bouteille, si tu veux, je crois que c'est quand même quelque chose qui est acquis chez nous, on fait quand même attention à ça. Mais, c'est toujours intéressant. Et puis, ça permet de voir... On a eu une petite réunion d'équipe, et bah j'en ai reparlé en équipe avec les puer, avec la stagiaire et la secrétaire. Et ça c'est toujours intéressant, ça nous fait un peu brasser des connaissances, parler d'un sujet qui est important, parce que, voilà, on est dans la prévention. De ce point de vue là je trouve que ça aide. Et après, c'est aidant, je trouve, sur la tranche d'âge 0-12 mois, parce que, sur les 12-24 mois, je trouve que c'est quand même nettement plus facile de trouver des points d'appel.

- D'accord, sans faire l'échelle ?

- Oui. Enfin, c'est ce que je ressens moi. Parce que la pratique d'un médecin de PMI... Moi je suis en PMI depuis novembre 99, donc des formations sur les troubles du développement et bébé j'en ai vu ! Des contacts avec le CAMPS, les pédopsy, j'en ai eu. Donc c'est vrai qu'on est déjà un peu habitués parmi les confrères, parce qu'on fait partie des gens habitués. Mais c'est vrai que ça nous aide toujours ! Et j'ai trouvé ça intéressant. Et ludique !

- Ok donc ça s'est intégré dans votre examen clinique habituel, ça n'a pas changé vos habitudes d'examens ?

- Non. Non parce que, parce qu'en fait... Non, ça a pas changé mes habitudes du tout parce que moi de toute façon... Parce que par exemple, l'histoire du plaisir avec le bébé je trouve que c'est important quoi, la relation, le plaisir, dès que le bébé est tout petit, avant 2 mois... On les voit pas beaucoup avant 2 mois parce que malheureusement les délais de RDV... Mais c'est quelque chose qui est important ! Pour moi, c'est important, donc je vais mettre le bébé dans une position où je veux rentrer en relation avec lui. Mais rentrer en relation avec lui, ça permet de dépister les problèmes sensoriels et tout de suite aussi les problèmes relationnels, donc c'est vrai que c'est quelque chose à laquelle je suis attentive quoi. Mais je pense que tous les collègues pédiatres, médecins de PMI aussi je pense !

- Ok, c'est ça quand vous voyez des enfants en consultation tout le temps, c'est vrai que vous avez plus l'œil en PMI que les généralistes.

- Et on a peut-être plus la préoccupation. Et on les voit peut-être plus ! Et, on travaille avec la maison libérale autour de chez nous et parfois ils nous en envoient comme ça, bon des fois un petit plus âgés, pour qu'on les voit et après on les renvoie. C'est vrai que voilà, c'est comme ça qu'on travaille.

- D'accord, et est-ce que cette échelle a changé ta prise en charge ?

- Alors ça a pas trop changé ma prise en charge non. En revanche, l'autre jour j'ai fait passer une échelle à un enfant que je trouvais "pas top" et qui était pas... Effectivement, je lui ai mis 2 parce qu'il engageait pas tellement la relation avec moi et alors... J'ai eu un problème, c'était sur un item vert, les vocalisations. Parce que la question des vocalisations, moi je trouve qu'à partir de 1 an, on parle plutôt de babilles que de vocalises et du coup, là j'avais effectivement affaire à un enfant qui était autour d'1 an, j'ai plus le dossier donc... Qui continuait à vocaliser, il babillait pas, comme on dit il gazouillait quoi.

- D'accord, il gazouillait beaucoup ou ?

- Un peu et il était pas tellement dans la relation. Et on était dans un contexte où on pourrait déjà supposer que il y avait... Qu'il y avait de la carence affective. C'était un petit dernier, les autres étaient placés, il y a de la violence conjugale, voilà, il était dans un contexte de carence. Donc du coup, c'était pas forcément un trouble du développement, ça fait syndrome carenciel et souvent ça peut ressembler quoi.

- Oui, ça peut être une autre cause de retrait relationnel justement. Et du coup, le fait de faire l'échelle, ça a renforcé votre impression ?

- Et oui, et oui, ça c'était intéressant du coup. Là c'était intéressant parce que j'ai mis, "M-ADBB 2, à revoir". Et c'est vrai que associé à d'autres signes, par exemple, je pense à un autre petit que j'ai vu ce matin, qui ressemble un peu à ça, en un peu plus grand mais qui en plus a toujours des bleus partout... Voilà, associé à d'autres signes, ça peut rentrer dans un contexte de maltraitance ou de carence grave, et donc peut-être, à une évaluation pour demander une aide éducative, un placement, ou je sais pas.

- D'accord, ça fait un argument supplémentaire ?

- Voilà.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans ta pratique ?

- Voilà, alors là, je pense qu'on l'a déjà dit, on a un peu mélangé l'ordre des questions. Les freins... Je dirais... Il y a pas de frein en fait. Parce que alors, 1, il y a pas de frein... Je vais faire comme Macron, convainquant. Alors premièrement il y a pas de frein parce que, cette observation-là, en théorie on doit la mener. Donc on doit vérifier, l'expression du visage, le contact visuel, l'activité corporelle, les vocalisations, la capacité à entrer en relation. Tout ça on doit l'observer, mais ensuite, c'est plutôt dans la capacité à le consigner, voilà, à en garder une trace. Et ça, c'est plutôt le temps qui manque, c'est garder la trace de ce qu'on a écrit, mais c'est pas que pour cette échelle. C'est vrai que pourtant c'est important de garder une trace parce que d'une fois sur l'autre on va pas se souvenir précisément de ce qu'on a observé. Donc c'est important, ça nous incite un peu à l'exigence de la mémoire et de la trace. Mais c'est vrai que ça nous demande aussi du temps, voilà.

- Le fait de prendre le papier, de noter, etc ?

- Voilà.

- Est-ce que, justement, si vous prenez le papier, vous présentez ça aux parents ? Ça peut être un obstacle les parents ?

- Alors, je le fais... Ça m'est arrivé de dire avec la stagiaire que je faisais passer l'échelle, mais sinon, je le fais sans le signaler forcément aux parents, parce que... Pour plusieurs raisons, parce que je trouve que c'est anxiogène pour les parents et, deuxièmement, parce que c'est compliqué à expliquer. Et que moi j'ai affaire à des parents, souvent, déjà expliquer les choses principales, c'est déjà compliqué. Je préfère me focaliser sur les choses qui sont de leur partie, plutôt que de leur expliquer ce que je fais d'un point de vue technique.

- D'accord, oui je comprends. Donc, ça ce serait pas un problème si je comprends bien.

- Oui.

- Est-ce que, l'incertitude du résultat que vous trouvez pourrait être un frein ?

- Je comprends pas la question.

- Est-ce que vous êtes sûre, si vous évaluer un enfant, vous faites un score avec l'échelle, tu es sûre pardon, du score que tu trouves ou ça te semble pas fiable, ou ?

- Ah non, ça je suis sûre du score que je trouve. Ça, ça pose pas de problème. Bon après, c'est vrai que... C'était très bien de faire ça avec la stagiaire puer, parce que ça m'a permis à moi d'être aussi très didactique, pour moi aussi. Donc, par exemple j'ai éliminé de la cotation, les enfants qui étaient pas bien, qui pleuraient, on a bien vu ça ensemble. Et ça c'est... Donc après, une fois qu'on élimine les enfants qui pleurent ce jour là, qui ont faim, qui sont pas bien... Voilà, on garde ceux qui sont calmes, qui sont plutôt comme d'habitude, je trouve, que la passation est très facile. Sauf pour les vocalisations entre 1 an et 2 ans, franchement, je vois pas ce que ça veut dire ! Mais, j'ai remplacé par babillage.

- Voilà, c'est ça vous pouvez remplacer par babillage. C'est, "Est-ce qu'il s'exprime de quelque manière qu'il soit". D'ailleurs, justement, c'est un des pièges de l'échelle. Même s'il y a un retard de langage, mais qu'il tente de s'exprimer par des sons, ça compte comme positif quand même.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Oh bah, c'est parfait, c'est très bien ! Je pense que il faut pas un test plus long. Moins long je pense que ce serait pas juste, donc c'est pas mal, franchement c'est bien. Et puis c'est pas difficile à apprendre en plus !

- Ok, donc c'est pas difficile et ça vous semble apporter quelque chose quand même ?

- Oui, ah, oui, oui, c'est très bien.

- Merci beaucoup, donc **est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?** Tu aurais, pardon.

- Donc, du coup, vous, tu vas faire, tu vas la présenter quand ta thèse ?

[Suite de l'entretien hors sujet de la thèse.]

➤ Médecin I

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Non, ça été assez facile comme apprentissage. Euh voilà en fait, c'est assez bien expliqué, c'est assez bien... C'est assez simple. Alors c'est vrai, que, au début peut-être on... Enfin, on le fait un peu de manière instinctive quand même ! Quand on a

un bébé, voilà, c'est des choses que, sans, sans vraiment le formaliser, c'est des choses auxquelles on est vigilants, mais du coup le fait d'avoir des étapes, enfin, comment dire, des thèmes bien spécifiques avec des couleurs vertes et rouges, de ce qui est très important et un peu moins... Je trouve que c'est assez bien fait et assez simple.

- D'accord, donc, que ce soit, le contenu des items ou la façon de scorer, disons, les deux vous semblent accessibles alors ?

- *Ouais, alors c'est vrai qu'au début quand j'ai scoré, j'ai scoré dans le sens inverse ! Ils avaient tous 2 quoi ! On a plutôt l'idée de mettre en "satisfaisant" le maximum et pas 0. Bon après, c'est anecdotique, une fois qu'on a fait le truc, c'est bon après.*

- D'accord, donc au début la ou les fois (si jamais vous avez souhaité utiliser l'échelle), vous avez eu recours au support ?

- *Oui, oui, au départ, j'ai fait une feuille pour chaque enfant que je voyais qui rentrait dans l'examen quoi. Donc j'ai scoré pour chaque enfant et je l'ai mis dans le dossier.*

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- *Oui alors, je l'ai utilisé là pour votre étude. Après je pense que je... Peut-être pas le faire systématiquement, parce que bon, la plupart des enfants vont bien donc ça se fait de manière naturelle. Après c'est que je pense que je l'utiliserais pour des enfants où j'ai un doute, du coup ça peut permettre un peu d'être un peu rigoureux et effectivement de l'utiliser.*

- D'accord, donc si vous avez une inquiétude au premier regard alors.

- *Voilà.*

- Et si vous l'utilisez, ou si vous voulez l'utiliser par la suite, est-ce que vous pensez que c'est quelque chose que vous noterez dans le dossier ou dans le carnet de santé ?

- *Alors je le noterais dans le dossier oui. Dans le dossier oui, après dans le carnet de santé, peut-être pas. Mais dans le dossier médical, oui oui je le noterais, surtout s'il y a un souci et que je suis amenée à le refaire, oui je pense que je le noterais oui.*

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

- *Disons que ça force à être rigoureux et bien au clair avec les différents thèmes. Je sais pas si ça a pu contribuer positivement... Oui ça a été un support de plus quoi, disons que ça sécurise un peu déjà l'approche qu'on a de manière naturelle.*

- C'est à dire, qu'au-delà de votre impression, ça confirme ?

- *Voilà, ça aide à être peut-être plus rigoureux donc à passer tous les différents thèmes. Voilà, surtout pour les enfants où il y a un doute. Alors moi, dans ceux que j'ai fais, ça s'est pas trop présenté, mais je pense que ça peut aider à ça quoi.*

- Justement, pour les enfants pour lesquels vous avez fait cette évaluation M-ADBB, à chaque fois c'était des enfants qui ne présentaient pas de retrait ?

- *Voilà, il y a eu un seul enfant, mais qui était peut-être pas trop en forme, pour qui j'ai prévu de le refaire. Les autres, les autres oui ça allait quoi.*

- Ok, et avant de faire l'échelle vous sentiez déjà que ça allait ? Ou est-ce qu'il y a pu avoir une fois par exemple où vous trouviez que l'enfant était peut-être en retrait ou qu'il y avait quelque chose d'anormal et finalement, en faisant l'échelle ?

- *Non, non, non, c'est toujours des enfants pour lesquels ça allait.*

- C'était toujours concordant avec votre sentiment premier ?

- *Oui.*

- D'accord. Après, vous disiez, c'était quelque chose que vous connaissiez déjà bien ?

- *Alors, déjà bien, disons... Oui, enfin, voilà, c'est quelque chose, quand on examine les nourrissons, on est quand même assez vigilant à la relation, au retrait. C'est vrai qu'on est quand même... On a déjà eu... On est déjà interpellé, donc c'est quelque chose auquel on fait attention quoi.*

- Oui, donc ça n'a pas modifié votre suivi ou votre prise en charge des enfants ?

- *Bah non, mais c'est peut-être un peu court dans le temps. C'est à dire, peut être que ça peut arriver à ce que ça modifie, si je rencontre des enfants, pour lesquels voilà, l'échelle sera, "mauvaise", on va dire. Mais là, c'était sur un temps court, c'était en plus pendant les vacances, donc bon, voilà.*

- A votre avis, vous l'avez, environ, fait passer à combien d'enfants ? C'est juste par curiosité.

- *Ouais, j'aurais dû regarder, je dirais...*

- Si vous l'avez très peu fait c'est pas grave, il y avait aucune obligation.

- *Non, mais je dirais une quinzaine, quinze, vingt. Parce que je l'ai fait pendant, ouais, plusieurs consult d'affilé... Ouais je dirais peut-être une petite vingtaine.*

- Ok. Une autre question, pour rebondir, là-dessus : faire cette échelle ça s'intègre bien dans vos habitudes de consultation ?

Ça ne chamboule pas tout ?

- Non, non, je trouve que... Non parce nous on a des consultations, alors voilà, on est pas comme un médecin dans un cabinet libéral qui voit des enfants malades... On est quand même dans des bonnes conditions pour pouvoir l'appliquer. J'en ai même parlé aux puéricultrices, alors ce qui est dommage c'est que... Parce qu'elles auraient pu elles aussi l'appliquer, on aurait pu comparer. Mais c'était sur un temps court donc on n'a pas pu le faire.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- Bah les freins, c'est ceux qui sont dit, quand l'enfant est pas bien, quand l'enfant n'est pas dispo quoi. Donc ça s'est présenté. Ça s'est présenté, d'enfants qui avaient faim, d'enfants qui pleuraient, donc là j'ai même pas essayé. Enfin, j'ai même pas essayé, pendant l'examen, je voyais bien que ça allait, mais je l'ai pas appliqué de manière vraiment rigoureuse quoi.

- Après, ça ne vous demande pas plus de temps que ça ?

- Non, non, c'est assez, une fois qu'on a pris l'habitude de regarder... Non c'est assez quand même, c'est faisable.

- Ok. Et vous disiez justement, vous avez pris le support les fois où vous avez voulu utiliser l'échelle. Est-ce que vous avez sorti ce support devant les parents, Est-ce qu'ils ont été interrogateurs ? Est-ce que ça a pu être un problème pour vous le regard des parents ?

- Non. En fait, je l'ai pas vraiment sorti devant les parents. Je l'ai rempli après. Non, j'en n'ai pas parlé avec les parents. Euh, est-ce que c'est un problème ? Non, je pense pas, après il faut... Enfin, ça aurait été une autre façon de faire la consultation, si je l'avais sorti, je l'aurais expliqué aux parents quoi. C'est un peu comme le CHAT, si on en fait, on peut pas remplir un truc comme ça sans le dire aux parents. Ça aurait demandé plus de temps. Et plus d'explications, c'est sûr.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- C'est pertinent de l'utiliser ?

- Oui, adapté, pertinent ? Si c'est applicable aussi ?

- Moi, oui, applicable en consultation de PMI oui. Après je vais vous dire, en consultation... Oui, parce que c'est quand même quelque chose de simple. Qu'une fois qu'on l'a passé plusieurs fois, voilà... Après c'est assez facile à appliquer, avec des thèmes bien spécifiques qui sont pas non plus trop nombreux. Oui, moi je pense que c'est tout à fait applicable en PMI et même en médecine générale quoi.

- D'accord, tout en apportant quelque chose de supplémentaire ?

- Ah bah, disons que ça permet, dans les cas où on est un peu interpellé sur un enfant, comme je disais, où ça permet de reprendre chaque thème et d'être peut-être un peu plus vigilant et de pouvoir, du coup, le scorer et ça peut donner, ouais, comment dire... Ça peut être une aide oui. Surtout pour les deux thèmes "contact visuel" et "relation" qui sont les deux thèmes, voilà, qui quand même, on doit prendre plus de temps pour bien les analyser, c'est un contact avec soi et pas forcément avec la mère, donc il faut prendre du temps pour le faire, et ça c'est intéressant.

Merci beaucoup. **Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?**

- Beh, non ! Le support est assez bien fait. Et, c'est intéressant. Ouais, non, non c'est une bonne... C'est une échelle intéressante !

- Ok et à l'avenir peut être que vous l'utiliserez si jamais vous avez un doute ?

- Tout à fait, je peux être amenée à l'utiliser ouais.

➤ Médecin J

1) Que dirais-tu du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Alors, pour le coup je trouve que c'est une échelle qui est assez intuitive parce que, enfin, exerçant en PMI, parce que c'est vrai que observer... Une fois qu'on a compris les items, bah c'est vrai qu'on se rend compte que c'est des choses qu'on notait plus ou moins déjà à la consultation, notamment tout ce qui est le contact visuel et les vocalisations, enfin tout ce qui est regard, etc. C'est à dire que le lien, quand on essaye de parler avec l'enfant c'est là qu'on pourrait repérer si l'enfant interagissait facilement avec nous ou pas. Et c'est vrai que plus on voit des bébés, plus cette échelle est instinctive, donc c'est

bien effectivement d'avoir une échelle qui reprend un peu tout comme ça, ça permet de coter quand on a un doute. Mais quand j'ai commencé en médecine générale par contre, au début, j'étais peut-être moins sensibilisée à ça.

- Ok et donc, ça aurait, à ce moment-là pu être plus compliqué à s'approprier cette échelle ?

- Peut-être pas à l'apprendre parce qu'au final cinq items c'est facile à apprendre et puis quand on le lit c'est vrai que ça va de soi. Mais c'était plus un manque de... C'est plus quand on n'a pas l'habitude de faire les bébés, on n'a pas d'élément comparatif, on voit le bébé qui va bien, qui va sourire, etc. Alors que le bébé qui est plus en retrait, instinctivement ça va nous poser question et quand euh... Mais en médecine générale, si on connaît pas l'échelle ADBB, on va se dire "oh bah, non c'est peut-être juste... c'est peut-être normal, il était grognon, peut être que..." Voilà, on va peut-être moins s'alarmer. Alors que si on avait été sensibilisé avec l'échelle ADBB, bah là au moins on aurait eu les items, on aurait pu coter, on aurait pu dire "ah ouais, faut que je sois vigilant à ça la prochaine fois".

- D'accord, je comprends. Et le système de cotation justement, est-ce que ça semble simple ou pas ?

- Alors, le système de cotation, bah, après que tu nous ai expliqué l'expressivité du visage, notamment des émotions, c'est ça qui me posait problème et me dire "mais 7 mois, 7 émotions, mais quelles peuvent être ses émotions ?". Euh c'est peut-être là-dessus que j'aurais peut-être le plus de difficulté. Euh, après le reste ça va. Mais c'est vrai que c'est très dépendant de... Enfin il faut réévaluer quoi, parce que c'est vrai que c'est très dépendant du moment de la journée, de si il y avait eu vaccination ou pas, de si il fait chaud... On peut avoir l'enfant qui est grognon un jour et j'en parle avec la puéricultrice qui me dit "bah non moi je l'ai vu il y a 4 jours c'était bien". Donc c'est vrai que ça justifie quand même de réévaluer, mais pas que 2 fois quoi, je pense qu'il faut le revoir 2 fois, 4 fois, sauf pour les items relationnels. Quand c'est vraiment là l'enfant qui vraiment ne regarde pas, et qui n'interagit pas avec moi, là je vais plus m'alarmer, mais en général c'est aussi parce que c'est des situations qu'on connaît et puis on observe aussi le lien mère-enfant, ou père enfant, et quand l'enfant il est dans un retrait en général on observe aussi que il y a aussi un défaut de lien entre la mère et son petit, ou le père et son petit, mais plus souvent la mère. Pour moi c'est complémentaire à l'évaluation du lien mère-enfant quoi.

2) Dans ta pratique quotidienne, quel est ton usage de cette échelle ?

- Depuis la formation, j'essaye de le faire systématiquement, pour tous les petits dès 2 mois. Alors c'est vrai que quand ça roule, je consulte pas l'échelle, parce que comme je disais, finalement c'est assez facile comme item, on voit, on ressent l'enfant qui va bien, qui interagit avec nous, qui sourit, qui nous tend les bras... Enfin voilà, on le voit aussi avec les parents, donc on sent que ça va bien.

- C'est à dire tu fais l'échelle, tu te fais les cinq items en tête ou en fait non tu ne fais pas l'échelle, la vision globale permet de te dire ?

- Ah, non, j'aurais envie de dire en fait, qu'il y a une vision globale qui reprend un peu les 5 items mais c'est vrai que je suis beaucoup plus sur le contact visuel et le relationnel, euh... Enfin voilà, c'est vrai surtout le contact visuel et puis les vocalisations. Un bébé qui vocalise pas ça m'interpelle toujours. Il y a une vision un peu globale mais quand je sens qu'il y a un item qui pêche, là je reprends tout et je me note d'ailleurs tout maintenant dans mon dossier en me disant "bon bah, là il a fait ça, il a fait, j'ai pas ça, j'ai pas ça", donc attention, à réévaluer la prochaine fois. Donc je, en gros, je vais faire... Peut être une vision de débrouillage qui reprend globalement les 5 items mais pas, mais sur un, on va dire, ça va pas être sur les 10 minutes d'observation, ça va être quand l'enfant il me montre tout d'emblée, je suis pas inquiète. Mais par contre, pendant que je parle avec le parent je vois que "bah tient, c'est vrai, ça fait un quart d'heure qu'on discute, je l'entends pas parler ce gosse", bah oui, en l'examinant, je vais essayer de le solliciter un peu plus, de le chercher, de retrouver tous ces items là. Et de manière systématique, pour les familles, on va dire "sensibles" avec des facteurs de vulnérabilité qu'on suit en PMI. Parce que c'est vrai qu'on aussi une population... Donc je pense que ouais si on l'utilise souvent quand même.

- Ça marche, et justement, chez les enfants avec qui tu as passé, on va dire, plus strictement l'échelle, est-ce qu'il y en a qui se sont révélés être en retrait ?

- Oui, complètement. D'ailleurs ça m'a permis d'être plus objective dans tout ce qui est rapport d'évaluation. C'est à dire que là l'enfant auquel je pense, c'est un enfant qui, dont la famille... Enfin là on est en train de discuter du placement, il y avait déjà une mesure de protection auprès des aînés et là le bébé est né et c'est vrai que j'ai tout de suite été interpellée par le fait qu'elle m'évitait un peu du regard dès 2 mois. Donc là, à chaque fois que je la vois, j'essaye de tout reprendre. Et c'est vrai quand on fait des échanges, quand on fait des rapports, bah c'est plus, c'est des critères, c'est des faits quoi. On dit pas "j'ai cette impression que...", c'est vraiment "cet enfant ne fait pas ça, il ne fait pas ça alors, qu'il devrait, cela témoigne d'un retrait relationnel". C'est là où je trouve que c'est assez pertinent quand même.

- Juste, une précision, est-ce qu'il a pu t'arriver que dans ton regard global disons, tu te dises "cet enfant semble en retrait" et

en fait en faisant l'échelle tu trouvais qu'il y en avait pas ?

- Euh, alors là ouais il faudrait que je... J'ai envie de dire, non, ou alors sinon j'avais vraiment pile 2 quoi. Du coup ça veut dire retrait quoi. Là où je peux avoir des doutes, c'est vraiment sur l'expression faciale. C'est à dire que voilà je vais me dire, "Est-ce que là j'ai 2 émotions ou 3 ?" C'est vraiment le plus difficile, et c'est là où je vais me dire "bah ouais peut être qu'il est en retrait" alors qu'en fait il l'est pas. Je vais en parler avec la puéricultrice qui me dit "ah bah non je l'ai vu la semaine dernière". Pour les vocalises typiquement, comme j'ai la chance d'avoir des puéricultrices, je leur ai aussi transmis l'échelle M-ADBB, maintenant c'est affiché dans le... Elles l'ont avec elles. Et pour les enfants pour qui j'ai un doute, comme je sais qu'elles le suivent au domicile, je leur pose la question, je leur dis "mais toi tu l'entends vocaliser, tu l'entends ?", elles me font "ah oui oui, là, ça, ça, ça", donc effectivement, j'ai pu avoir un score où c'était en retrait, mais par exemple pile à 2 et en fait l'item qui m'inquiétait n'était pas présent à un autre moment, voilà, et a pu être observé par quelqu'un d'autre.

- Ça marche, je rebondis juste sur les puéricultrices du coup qui l'ont appris l'échelle juste avec le petit mémo. Est-ce que ça leur semble un outil facile ?

- Ah, oui. Alors, est-ce que ça leur semble facile ? J'ai pas fais encore de retour avec toutes, on a trois puéricultrices, mais globalement sur les trois, il y en a une qui trouvait ça vraiment intéressant et donc elle l'utilise... Alors je sais pas si elle l'utilise un peu de manière globale ou si finalement elle prend chaque item, parce que c'est vrai que c'est compliqué de sortir l'échelle devant le parent et de dire "bon alors, ça, ça, ça", cocher et puis on est dans l'observation où on aborde plusieurs choses, donc, c'est plus à la fin, quand on se note, on va noter ce qui nous a alarmé quoi. Et puis après, sur les puéricultrices, maintenant il y en a une deuxième, qui a beaucoup d'expérience, qui est très observatrice aussi, donc je pense que pareil, c'est peut-être plus de l'instinctif. Elle a vu l'échelle, et ça lui a paru, normal quoi, c'était des items qui allait de soi.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à ta pratique ?

- Donc, tu m'avais dis notamment que ça t'apportait de l'objectivité des faits pour les rapports de placement ?

- Oui, tout à fait, ça apporte ça, ça apporte aussi peut être à travailler en équipe une... justement une... une harmonisation sur l'observation. Puisque, c'est vrai que les puéricultrices, je sais qu'elles vont être vigilantes aussi maintenant sur les mêmes choses que moi. Donc ça a pu sensibiliser ça. Ouais, ça et puis objectiver notre ressenti, ça permet de l'objectiver aussi.

- Ça marche. Après, est-ce qu'il y a une modification de suivi ou de prise en charge ?

- Alors, pour l'instant, pour ceux que j'avais vu en retrait, il y en avait pas beaucoup. Bah, ils sont déjà dans un système de prise en charge, protection ou accompagnement éducatif. Enfin voilà, il y a déjà une prise en charge où là on peut aussi, rapporter nos observations au référent. Mais aussi, l'échelle ce qu'elle m'apporte aussi, là où je l'utilise systématiquement c'est quand je sais qu'il y a une dépression chez la maman. Pour moi c'est un facteur, justement, je me dis "le parent va mal, je vais observer s'il y a un retentissement sur l'enfant". Donc ça me permet de voir aussi si la problématique parentale a un retentissement sur le développement, enfin sur le relationnel avec l'enfant. Et du coup c'est vrai que j'ai des mamans qui ont des belles dépressions et ça me rassure en fait de voir que l'enfant de son côté lui il va bien. Et je l'utilise aussi comme item de suivi dans le sens où c'est pas... Ou si je l'ai fait une fois, et qu'il y avait pas de retrait relationnel, même si je vois l'enfant plus tard je continue à le faire. Par exemple, j'avais une maman qui était déprimée, où les premiers mois son enfant allait très bien et là je l'ai revu récemment pour ses 11 mois et je trouvais qu'il y avait un retrait relationnel. Donc c'est intéressant aussi de l'utiliser sur le long cours, quand il y a des facteurs de risque notamment. Ça devrait être fait à chaque fois je pense ! Enfin, de manière instinctive, mais ouais.

- Intéressant ; oui parce que du coup de manière instinctive, c'est à dire ?

- Oui, de manière globale et dès qu'on se rend compte qu'il y a un item qui cloche, refaire le questionnaire, enfin refaire l'échelle depuis le début, se refaire les 5 items.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans ta pratique ?

- Euh, les freins, on va dire... Alors, sur le... Bon déjà je pense qu'il y a des freins propres à soi, des freins personnels, c'est à dire que si on est retard dans notre consult, si il y a des vaccins à faire, s'il y a pleins de problématiques à aborder, etc. C'est vrai que je vais pas passer 10 minutes à observer l'enfant. Ça va être plus rapide, ça va être plus... Et si j'observe, si j'ai l'impression qu'il y a un truc qui va pas, je vais me le noter et je reconvoquerais. C'est vrai qu'on a l'avantage de les voir régulièrement quand même. Mais c'est vrai que je vais me le noter, je vais dire, "il y a peut être un retrait relationnel, il faut réévaluer, mais aujourd'hui, j'ai pas le temps" notamment. Et aussi comme il y a écrit sur l'échelle, si c'est un jour sans, qu'il est malade ou qu'il est... Ou que la mère est pressée aussi, ça peut être la maman qui doit aller récupérer les enfants à l'école dans 10 minutes... Donc on va dire c'est plus le facteur temps, ou alors quand l'enfant a pas envie quoi, donc ça va être

compliqué quoi. J'ai des enfants, plus ils vieillissent, plus ils sont terrorisés par le médecin, donc là c'est difficile. Mais là aussi c'est un peu compliqué parce que quand ils... Je me dis, un enfant qui a peur de l'inconnu, qui me craint un peu ça me paraît normal une fois ou deux, mais des fois c'est des crises, c'est tellement envahissant que je me pose la question si c'est pas un retrait relationnel justement. Et donc voilà, je me pose la question, "est ce que c'est avec tout le monde ? Est-ce que c'est avec moi ?". Mais c'est vrai que c'est intéressant de voir, d'avoir plus, peut être regard aussi sur... L'enfant avec moi, je peux pas l'approcher, il se cache dans les bras de sa mère, il me repousse, il hurle, je l'ai jamais vu sourire, je l'entend pas parler, je l'entends pas communiquer... Ouais c'est une forme de retrait aussi. Est-ce que c'est parce qu'il a peur ou Est-ce que c'est avec d'autres personnes ? Ça je sais pas.

- Ok, est-ce qu'après, si les conditions sont bonnes au niveau temps, etc. Est-ce que cette échelle elle se glisse facilement dans vos habitudes de consultation ?

- Ah oui complètement ! Parce que, comme je disais au début, déjà instinctivement on le sait. Je cherche aussi le développement de l'enfant, donc quand l'enfant a 2 mois, je commence à essayer de le stimuler pour le faire gazouiller, pour voir si vraiment il... S'il accroche du regard, s'il me suit. A 4 mois, même sur la page du carnet de santé généraliste, il y a cet item suivi du regard, vocalise, etc. Donc après, peut-être que des confrères posent vite la question aux parents, moi je cherche toujours à vérifier. Donc ça choque pas les parents en fait ! Et puis, c'est vrai qu'avec les enfants, je suis toujours... Enfin, je suis dans ce milieu parce que j'adore les gosses et c'est vrai que ça m'amuse de jouer avec eux, de leur parler. Donc quand le lien se fait, c'est chouette. C'est ma manière d'être de manière générale, donc ça se fait naturellement.

- Et justement, les parents, est-ce que ça peut être un obstacle à faire cette échelle notamment si on sort le petit mémo ?

- Alors, je sors... Du coup comme je le connais par cœur, je sors pas le mémo devant les parents. Je sors pas. Quand je vois qu'il le fait pas avec moi, je leur pose la question "mais avec vous, etc..?". Et si ils me disent oui, je leur demande de me montrer, je dis "allez y alors, parlez lui !". Et des fois ça permet de voir qu'en effet, l'enfant reconnaît le parent et est dans la communication avec le parent. Et des fois je vois que non, il a pas envie. Mais voilà, ils me voient pas reprendre la petite échelle et de noter, mais par contre je reprends les items avec eux si j'ai des inquiétudes.

- Ok, donc les parents de manière générale, ça posera pas de problème ?

- Non, pas du tout. Pas du tout.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

. Alors, déjà l'avantage de l'échelle, c'est qu'elle est facile à utiliser vu qu'il y a peu d'item. Bon, si effectivement, pour éviter... Peut-être pour harmoniser avoir vraiment plus de... Sur les émotions vraiment avoir, voilà, des petites précisions, mais je pense que la sensibilisation elle est plutôt facile à faire, ça nécessite pas une grande formation, parce que globalement les médecins généralistes ils manquent de temps. C'est important dans le cadre de la prévention parce que du fait de la démographie médicale, c'est vrai qu'on a de plus en plus de familles qui vont voir des généralistes, des médecins de famille. Donc c'est eux qui vont suivre les enfants peut-être dans les premiers mois, les premières années, on en a de plus en plus, ils vont pas forcément voir des pédiatres. Donc c'est bien qu'ils y soient sensibilisés. Après, c'est toujours pareil, c'est que, quitte après, à ce que les médecins généralistes adressent à la PMI si ils ont un doute, c'est toujours pareil, ils sont en première ligne et ils peuvent nous l'adresser en deuxième ligne et nous si on remarque ça, soit on adresse effectivement derrière au CAMPS si on pense qu'il y a quelque chose de plus. Soit on a la psychologue de l'EDES qui peut aussi regarder, observer, prendre en charge. Mais après les... Je pense que le gros souci des généralistes c'est qu'ils ont tellement d'échelle dans la prévention, que je sais pas si... Pour moi c'est important, après je sais pas si ils y seraient réceptifs. J'espère qu'ils le seraient, parce que la prévention... Si ce travail était fait par tous les généralistes et qu'on arrivait à dépister de manière précoce les troubles relationnels entre les mères et les enfants... C'est pour ça aussi que je suis très contente que mon interne face une thèse là-dessus ! C'est vrai qu'en faisant de la prévention comme ça, on fait des économies pour après. Ça permet de travailler le lien mère-enfant, ça évite les placements. Ça peut éviter l'intervention des travailleurs sociaux, des foyers... Enfin voilà, je pense qu'on ferait des économies énormes derrière. Mais bon ça reste de la prévention et c'est pas forcément valorisant la prévention, bref. Désolée, je divague ! Mais, en tout cas ouais, les généralistes, peut être pour que ce soit plus systématique chez eux il faut qu'il y ait les cases à cocher quoi, pour qu'ils y pensent. Parce que voilà, il faut dans le carnet de santé, qu'il y ait peut être à un moment donné, ou peut être tous les 2 – 4 mois, comme ils font l'examen des 2 mois, 4 mois, qu'il y est peut être les items du M-ADBB pour que ce soit systématique chez eux. Parce qu'effectivement, le premier mois ils vont regarder et c'est trop jeune pour faire le M-ADBB, ils vont parler plutôt sommeil, alimentation, etc. L'examen du nourrisson et tout. Après le 2ème mois il y a les vaccins, donc c'est vrai qu'il y a ce problème de temps aussi, et ils vont pas aller sur cette prévention là. Le

4ème mois c'est pareil... Enfin, je sais pas trop comment, là il faudrait plus interroger les généralistes. Je sais que ma collègue elle était pas trop sur les troubles relationnels, et d'ailleurs, j'ai peu... Moi les enfants qui me sont adressés par les collègues, c'est plus parce que le maman va mal plutôt que sur, ils ont pas forcément dépisté de trouble relationnel chez l'enfant. Donc c'est vraiment... Et c'est selon leur désir aussi, il y a des médecins qui sont pas du tout enfants, bébés... Mais pour moi ce serait pertinent ! Je pense que ça peut être utilisé dans un cabinet cette observation. C'est vrai que c'est important.

Ok, merci beaucoup, c'est très intéressant tout ça. **Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?**

- Hummmh, je réfléchis, je réfléchis... Non, comme ça non... J'aurais bien aimé avoir... Voilà, je suis contente d'avoir eu cette formation quoi. En tout cas, parce que c'est vrai que la psychologue de l'EDES m'avait déjà parlé de l'échelle M-ADBB. Je me suis dit "ah, il faut que je regarde !". C'est comme l'échelle de Brazelton aussi, il y a beaucoup d'échelles sur les petits et sur le lien. Et c'est vrai que quand on s'y penche, c'est assez intéressant, c'est assez passionnant. Et voilà ! Donc merci en tout cas d'avoir proposé cette thèse, je pense que ça va être assez intéressant aussi.

- Ok et par la suite vous pensez vous en servir ?

- Ah oui oui, moi il est dans mon agenda ! Ahah ! En consultation, voilà, il est toujours à portée. Et quand j'ai un doute je regarde, et puis de temps en temps je retourne dessus mais du coup de l'avoir en visuel je me rappelle aussi des items et voilà. Mais c'est, enfin voilà, je trouve que c'est bien adapté pour la PMI aussi, surtout par rapport au double regard puer et médecin, parce que ça permet d'être encore plus objectif, parce que là c'est reproductible, ce qui est important finalement pour un test de dépistage. Là où quand on est sur l'observation je dirais qu'il y a toujours des biais, on peut toujours avoir des biais liés à la personne, les médecins... On peut toujours être dans le déni et se dire "ah non, c'est parce qu'il est mal luné cet enfant, on peut lui chercher des excuses, c'est pour ça qu'il était..." Mais du coup, dans un suivi, un médecin généraliste qui voit un enfant qu'une seule fois, ça sert à rien de faire l'échelle M-ADBB, enfin il peut mais de toute façon il faut une réévaluation, si il compte pas le faire, bah c'est compliqué quoi... Mais en tout cas en PMI, notamment avec les puéricultrices, je trouve que c'est intéressant.

➤ Médecin K

- C'est vrai que c'est des choses que je prenais en compte de manière un peu automatique dans l'examen du nourrisson.

- D'accord, c'est vrai qu'on me le dit souvent. Ça fait longtemps que vous travaillez en PMI ?

- Oui, quand même pas mal, depuis 2004. Avant j'étais installée, après j'ai aussi travaillé en santé scolaire, donc un petit peu plus grand mais j'ai toujours été un peu dans le milieu de la pédiatrie. Et c'est vrai que ça peut être intéressant pour les jeunes médecins qui appréhendent pas encore le nourrisson, oui ça peut être une aide je pense, intéressante. Je dirais quand on a une grande habitude, c'est un peu un automatisme !

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Je trouve que la fiche que vous avez, enfin, qui a été faite, je sais pas si c'est vous, sur l'échelle, c'est très pratique. Et c'est finalement très facile à retenir, à la lecture et à enregistrer oui ! Surtout celle qui est allégée en plus. Mémo d'utilisation, moi je trouve que c'est parfait pour quelqu'un qui sait pas trop. J'ai essayé de la prendre, de regarder, de suivre et tout. Oui c'est ce que je fais ! Mais c'est bien pour quelqu'un qui n'a pas encore l'habitude des petits, des nourrissons.

- Et pour quelqu'un qui n'aurait pas l'habitude disons, est-ce que vous pensez que les items sont faciles à appréhender ?

- Alors oui pas mal, sauf peut-être l'engagement dans la relation, acceptation dans la relation. Pour le maintien, la prise d'initiative, des fois il faut un peu de temps. Et souvent, les enfants ils sont très collés à leur maman, vraiment, on peut pas interagir avec eux. Donc c'est vrai que d'un mois sur l'autre ça peut changer aussi donc on les revoit régulièrement. Il y a des choses qu'on peut faire au cours d'une séance et d'autres non. Surtout je pense à la relation qu'on ne peut pas faire.

- Ok, après le système de cotation vous paraît aussi accessible ?

- Oui, oui, je pense que c'est à la fois simple et clair et que... Oui c'est pas trop compliqué.

- Ok, mais du coup, pour autant, à votre avis, si on doit utiliser l'échelle, c'est bien d'avoir ce mémo à proximité ? - Oui, je pense, pas trop pour moi, mais oui pour démarrer oui c'est bien de l'avoir, c'est clair, c'est facile à lire, ça peut se faire discrètement. Enfin voilà, en effet, les mamans et tout quand il y a quelqu'un de jeune qui démarre et qui regarde sa fiche,

bon... Non, c'est bien c'est clair, ça a le mérite effectivement d'être très clair, très simplifié. Et à la fois, il faut pas passer à côté, c'est des choses à repérer.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- Franchement, comme je disais au début, voilà, vous nous en aviez parlé donc, j'ai essayé de la regarder. Et puis je me suis dit "oui, dans mon examen du bébé, c'est exactement le déroulement que je fais et la prise compte que j'ai", donc... Du coup c'est bien analysé. C'est bien dans l'ordre que j'appréhende un peu l'enfant quoi. Voilà quand on le regarde : premier coup l'expression faciale, après on regarde si il nous regarde, on regarde comment il bouge, on l'entend... Voilà !

- Ok, donc si je comprends bien vous n'avez pas utilisé l'échelle parce que c'est ce que vous faites déjà spontanément dans votre pratique ?

- Oui, oui, franchement oui, oui.

- Et le fait du coup, de faire un système de cotation, qui affirme retrait / pas retrait derrière, c'est quelque chose qui ne vous apporterait rien ?

- Oui, franchement j'ai pas besoin de ça. Je pense que voilà, comme je fais ça depuis longtemps et que les bébés on voit ça tous les jours, voilà j'ai pas le même intérêt à cette échelle. Je pense, que certains médecins généralistes, peut-être, ça aurait pu les intéresser parce qu'ils voient moins de bébé et qu'ils sont moins à l'aise avec les bébés. Et peut être que c'est des repères qu'ils ont besoin plus, nous c'est notre quotidien, on voit que ça quoi repérer les enfants qui vont pas bien... On essaie de voir le lien à la mère, voir les difficultés, la précarité... Des fois le lien ne se fait pas, les enfants sont placés. Donc c'est très important pour nous effectivement déjà d'avoir vraiment un regard acéré, pour repérer vraiment les nourrissons qui d'emblée ou regardent pas ou sont pas en lien la maman, ou détournent le regard, ou sont hypotoniques, ne réagissent pas, ne vocalisent pas... Mais c'est bien analysé, parce que vous avez repéré l'essentiel de ce qu'il y a à rechercher.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

- Honnêtement, pour moi ça n'a pas du tout d'intérêt, c'est pas plus que ce que je savais.

- Et, ça me fait penser, je crois qu'on vous avait parlé brièvement dans une journée de formation, de l'échelle ADBB longue ; est-ce que vous pensez que celle-là elle aurait pu vous être plus utile ?

- Alors elle permet d'approfondir un peu quand on a un doute. Ça a son intérêt.

- Pour vous aussi, vous qui avez l'habitude, ça pourrait vous être utile si vous avez un doute, l'échelle longue ?

- Voilà, oui, voilà. Quand on hésite, effectivement, on peut s'appuyer sur [bug son] ses avantages. Et revoir après plein de choses.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- J'ai pas eu de frein puisque je l'ai fait sans regarder le papier quoi ! C'est quelque chose qui se faisait déjà. Je pense que pour beaucoup de médecins de PMI ça devrait être un peu la même réponse puisque c'est notre quotidien.

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Alors moi je trouve que ça peut être bien, intéressant pour un médecin généraliste, parce que la forme est pratique, plus discrète, ils peuvent s'y référer facilement, des fois ils voient pas beaucoup d'enfant, et ils aiment pas voir des fois des nourrissons et quand ils en ont parfois ils réagissent pas. Donc je pense que ça peut être une aide pour eux. Après arriver à les capter, les intéresser, c'est pas évident, c'est pas gagné. Ça c'est une idée tient ! Je vais la montrer à mon mari, je vais voir ce qu'il en pense, et si il le ferait en cabinet. Mais lui il aime pas les bébés justement, lui à partir de 6 mois ça va mais pas avant, donc... Mais bon voilà c'est l'âge aussi qui veut ça, on est proches de la retraite, c'est pas du tout comme un jeune qui s'installe!

Est-ce que vous aviez quelque chose à ajouter ?

- Non rien de spécial.

➤ **Médecin L**

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Alors, je suis un peu embêtée en fait parce que, je m'en suis pas, j'ai pas réussi à me l'approprier dans la mesure où ça fait quand même 20 ans que je fais de la PMI et que je fais de l'observation des nourrissons avec des formations au fur et à mesure. Et que autant je pense que c'est une échelle qui m'aurait servi au début, au début où je commençais. Autant là, c'est des choses, je trouve que finalement on a intégré, donc, en tout cas, que je pense, peut être que je me trompe, que je pense avoir quand même intégré, et du coup bah j'ai pas trop eu besoin de scorer en fait. Par contre, je pense que ça m'aurait permis, quand j'ai commencé, à vraiment me poser, et me dire, effectivement... Mais là avec les formations passées et le nombre de nourrissons qui me sont passés entre les mains, du coup, c'est vrai que j'en n'ai pas retrouvé une utilité... Voilà.

- Et, est-ce que, du coup imaginez-vous au tout début, où vous débutez ; est-ce que vous pensez que ça aurait été facile de compréhension et d'utilisation cet outil ?

- Alors, oui, oui, je dirais quand même oui. La seule chose, qui me semble quand même un peu, enfin, un peu compliquée pour les tout petits, c'est un peu l'expression faciale, pour les émotions, le système de 3 émotions... Ca je trouve ça un peu compliqué.

- D'accord, le fait de retrouver assez d'émotions c'est ça ?

- C'est un peu, je trouve, ça aurait été un peu la chose, autant les autres items oui, celui-là m'aurait peut-être posé un peu plus question.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- Bah forcément, bah du coup, pas beaucoup, ahah !

- Ça marche. Ou, est-ce que vous diriez qu'en fait vous l'utilisez de manière informelle déjà dans votre exercice ?

- Oui, oui, oui parce que c'est des choses qu'on reprend, qu'on observe chez les nourrissons. Et quand on a un doute, on va regarder, des fois effectivement, on a "oh mince le contact visuel je l'ai pas eu, mais d'un autre côté j'ai un enfant qui bouge, etc", on va le reconstruire le mois d'après et puis on va voir ce qu'il en est. Alors, oui c'est des choses qu'on perçoit, enfin qu'on perçoit, pas qu'on perçoit, qu'on note quoi, qu'on observe, donc voilà. Mais après, c'est vrai que, j'ai pas... Mais bon, je suis pas très scoreuse moi je dois dire. Non parce que dans l'éval mater, c'est pareil, je ne score jamais. Je trouve qu'après on a tellement l'habitude que voilà.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

- Euh, pas grand-chose ! Je l'ai pas utilisé. Enfin, je l'ai pas utilisé, non, c'est vrai que par moments je me suis dit "ah j'aurais pu !" et puis bon bah voilà...

- De part votre expérience, ça n'a pas apporté grand-chose si je comprends bien.

- Non.

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- Bah les freins, c'est plutôt l'expérience qui fait que. C'est pas vraiment un frein ! Ne pas percevoir la pertinence de l'utilisation.

5) De manière générale, pensez-vous que l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- Oui, je dirais oui, parce que pour des personnes qui n'ont pas justement... Je pense aux médecins généralistes qui voient des personnes de 0 à 90 ans peut-être. Le fait de pas voir souvent des nourrissons, on peut se raccrocher à ça. Et se dire effectivement, "il faut que je pense à...". Après pour ce qui est, comme nous en PMI on voit que des nourrissons ou encore des pédiatres, je sais pas. Par contre, pour un public qui n'a pas trop... ou des personnes qui débutent. Moi je vous dit, en débutant, et c'est parce que j'ai eu des formations qui reprenaient, alors c'était pas dit "échelle M-ADBB" à l'époque, mais qui reprenaient des observations que l'on devait faire sur les nourrissons, qui reprennent effectivement ces thèmes-là. Alors après, on l'intègre, mais au début oui on a besoin, de se, peut-être de se raccrocher à quelque chose.

- Donc pour un médecin qui sort de l'internat ou un qui ne voit pas peu d'enfants, ça vous semble utile dans ces cas-là ?

- Exactement ouais ! Je pense que ça peut être intéressant parce que ça permet bon de dire, "bon il faut pas que j'oublie de regarder tout ça".

- D'accord, et ça vous paraît quand même être quelque chose d'abordable pour quelqu'un qui n'est pas ?
- *Oh oui ! Oui oui je trouve que c'est quand même abordable ! Je vous dis, à part l'expression, il y a que l'expression faciale que je trouve un petit peu plus difficile.*
- Est-ce que vous trouvez que c'est difficile par rapport à la description que j'en avais fait dans le topo où j'avais donné cet exemple que donnait le Dr Guedeney de "7 mois = 7 émotions" ? Ou en général aussi dans votre pratique vous trouvez que c'est quelque chose de compliqué à évaluer ?
- *Un peu les deux. Je trouve que l'expression... Mais notamment chez les tout petits, 2-4 mois, là... Après non, après, bon les émotions et les expressions sont quand même plus importantes. Mais c'est vrai que chez les tout petits de 2 mois, arriver à déterminer s'il y a une expression faciale c'est un peu, je trouve c'est un peu difficile. Après on perçoit des choses mais de là à dire que... Voilà un nourrisson qui va être tout renfermé, mais ça va aller aussi avec son activité générale, son contact visuel. J'ai du mal à détacher en fait l'expression faciale. Ça reste plus dans la globalité que vraiment cette expression faciale.*
- D'accord je comprends.

Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?

- *Oh non, ça ira.*

➤ Médecin M

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- *Facile. Le niveau d'apprentissage, comment je me l'approprié ?*
- *Oui, voilà.*
- *Oui facilement. C'est clair. Comment dire, la raison pour laquelle je l'ai pas utilisée, c'est qu'en fait je l'utilise instinctivement.*
- D'accord.
- *C'est à dire que je m'y suis pas référée parce que j'ai en en tête les éléments de retrait par exemple, et après quand je fais mon courrier d'orientation, j'aurais pu m'appuyer sur cette échelle pour justifier mon orientation de certains enfants au CAMPS par exemple.*
- *Ok, donc, ça vous paraît simple.*
- *Oui, clair.*
- *Le contenu c'est quelque chose de connu, d'évident si je comprends bien.*
- *Oui.*
- *Après, normalement, si on utilise l'échelle, il y a un système de cotation, ça pareil ça vous paraît pas compliqué ?*
- *Non, techniquement c'est voilà, techniquement c'est pas compliqué. Après je me la suis pas encore appropriée, notamment pour certains enfants où je suspecte un trouble du spectre autistique, j'aurais pu m'appuyer là-dessus et je cible mes critères et après je fais pas le total, c'est vrai que je me la suis pas appropriée dans ce sens là mais techniquement c'est facile effectivement.*

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ? Donc a priori nulle....

- *Pour l'instant c'est nulle, pourtant elle est sortie, elle est dans mes papiers là, elle est dans mon porte document, et vous voyez, en vous parlant là je la relis et c'est vrai que j'ai pas encore automatisé mon utilisation. C'est plus ça en fait.*
- *Est-ce que les 5 items qui sont dans cette échelle, quand vous disiez, vous avez vos éléments que vous regardez pour chercher un retrait, est-ce que c'est identique, Est-ce qu'il y a des choses en plus, en moins ?*
- *Euh non, euh, c'est à dire s'il y a des choses en plus en moins ?*
- *Si vous regardez, quand vous cherchez un retrait relationnel chez le bébé ou que vous le constatez, est-ce que c'est sur autre chose que les vocalisations, l'expression faciale, l'activité générale...*
- *Le contact visuel... Euh moi je rajouterai, moi je cherche les stéréotypies, par exemple. Parce que j'utilise beaucoup le contact visuel, effectivement, l'expression faciale, dans l'activité générale, je rajouterai des mouvements stéréotypés, par exemple avec les mains. Moi je l'ai pas mal utilisé, surtout avec des enfants entre 2 et 3 ans signalés par les écoles depuis la rentrée. Et voilà dans l'activité générale, je peux rechercher des petits mouvements de main ou de bouche qui pourraient faire penser à des stéréotypies. Vocalisations et relation... Et dans la relation je regarde l'attention conjointe, je rajouterai ça un petit*

peu. C'est l'engagement avec moi, c'est regarder un livre ensemble, l'attention conjointe sur ce qu'on est en train de faire. Je joue aussi au ballon, donc c'est aussi l'interaction dans la relation, je rajoute un peu ça, la capacité de passer de l'un à l'autre, le tour de rôle et l'interaction visuelle.

- Et finalement, c'est intéressant, parce que vous me disiez vous regardez les stéréotypes en même temps, donc vous savez, du coup, je vous ai présenté l'échelle M-ADBB, mais elle est issue d'une échelle plus longue, l'échelle ADBB qui elle comprend 8 items et dans lesquels il y a notamment les mouvements d'autostimulation des mains, etc... Et il y a aussi la vivacité de la réponse et j'en oublie un... Et chaque item est coté 5 points et non sur 3. Est-ce que, à votre avis, cette échelle là, elle pourrait vous être plus utile dans votre pratique ?

- *Je crois que plus c'est simple mieux c'est ! Moi, dans ces 5 items là, je sais que dans l'activité générale, je peux ajouter les mouvements automatiques et dans la relation, je peux ajouter l'attention conjointe, moi, sur 5 items c'est plus simple. On les a vraiment en tête on n'a pas besoin d'avoir l'échelle sous les yeux. Après si on commence à multiplier à avoir 5 – 8 items on va en zapper un. Donc je dirais à l'utilité, c'est mieux la simplifiée.*

- Ok, donc en fait vous en faites un usage informel qu'en fait vous faisiez déjà.

- *Oui, oui. En fait je pourrais vous dire, dans l'été j'en ai pas eu trop l'utilité parce que j'ai vu vraiment des tout petits bébés et il y en a peut être un où j'aurais pu le coter où on avait déjà des... Mais ce qui m'a pas fait faire d'orientation parce qu'on était déjà sur un accompagnement, une maman un peu dépressive où on avait un bébé qui était un peu atone, un peu dans le vague, on avait un petit retrait dans ses interactions voilà. Et en fait dès la visite suivante, comme on a fait de la guidance, j'en avais plus, j'avais plus aucun signe, donc ça j'ai vu un bébé dans l'été. Et là depuis la rentrée avec les enfants que je dois voir dans le cadre des écoles, je dirais que j'en ai orienté 2 ou 3 sur la consultation des troubles précoces du CAMPS pour des troubles relationnels de la communication non verbale et verbale et suspicion de trouble du spectre autistique. Donc c'est vrai que j'aurais pu m'appuyer sur l'échelle en disant "voilà en plus de mes..." Parce que moi je leur fais un courrier en décrivant tout ce que j'observe. Et donc ça comprend les éléments de l'échelle mais j'ai pas scoré, enfin j'ai pas fait le score quoi, voilà. Parce que c'est presque trop simplifié ! Voilà.*

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

- *Je dis qu'elle est... C'est une partie de mes connaissances, je dirais que j'en ai d'autres en plus, voyez. Donc c'est pour ça que je m'appui pas forcément sur celle-là. Là je suis en train de former une infirmière par exemple, une puéricultrice pour les écoles et je reprends un peu les outils pour l'aider à aiguïser son regard sur l'observation des enfants, et je me rends compte que moi j'ai plein de chose que j'ai automatisé dans mon observation et qu'il faut que je... Voilà, il faut que ces 5 items là de la M-ADBB, je pense que je vais peut être plus l'utiliser parce que pédagogiquement ça permet de former des gens qui ont moins d'expérience que moi. Moi ça fait quand même 15 ans que j'en fais des bilans et donc c'est vrai que je les ai en automatique quoi. J'ai automatisé l'observation du bébé que ce soit son regard, ses expressions, les interactions verbales ou physiques, tout ça je les observe, ça devient instinctif quoi, voilà.*

- Ok, je comprends. Donc éventuellement oui pour avoir un langage professionnel pédagogique et éventuellement appuyer des dossiers... Même si vous n'avez pas forcément besoin de ça si je comprends bien.

- *Oui, voilà. Moi j'ai pas besoin des critères de l'échelle en disant... Parce que je vais donner plus d'éléments que les 5 items. Mais voilà, c'est un bon outil pédagogique je dirais et de formation pour aiguïser le regard des jeunes professionnels sur l'observation de l'enfant.*

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- *Hmmm... C'est multiplier les outils en fait, voilà, c'est qu'on a déjà...*

- C'est ce que vous disiez, plus c'est simple, mieux c'est ?

- *Oui, ça a pas été un frein, elle est simple, je pourrais l'utiliser, je l'ai non matérialisée en fait. Mais je l'ai...*

- Vous n'en avez pas eu le besoin finalement ?

- *Oui. Euh... Ouais, après, se l'approprier et l'utiliser en argument d'orientation. Utiliser le score et les éléments de l'échelle c'est vrai qu'il faudrait que je m'y colle. Il faut que je m'y mette, ahah ! En complément de mon courrier d'orientation d'un enfant je pourrais dire "et en plus à l'échelle, il a un score supérieur ou égal à 2" et donc voilà...*

- Il faut que ça vienne un peu bouleverser vos habitudes ?

- *En fait moi ce qui me gêne c'est si je dis "score à 2 M-ADBB" et que la personne qui reçoit mon courrier elle sait pas ce que c'est la M-ADBB ça lui parlera pas ! Alors que si dans mon courrier, je dis "j'ai pas de contact visuel, j'ai un enfant qui a un regard fuyant, j'ai un enfant qui a un visage impassible, qui vocalise pas et qui a pas d'attention conjointe. Je reprends les*

éléments de l'échelle mais j'ai écrit, donc quelque soit la personne qui reçoit mon courrier, même si elle est pas formée à l'échelle, elle a les éléments de mon observation. Donc c'était plus ça le frein. C'est de pouvoir décrire ce qu'on observe et de pas pouvoir donner un score d'une échelle que quelqu'un ne connaîtrait pas.

- D'accord. Et par hasard, est-ce que du coup à part vos collègues de la PMI qui ont suivi mon petit topo aussi, vous connaissez d'autres gens qui connaissent cette échelle ? Ou la longue ? Ou pas du tout ?

- *Oui des puéricultrices. Quand vous nous l'avez présenté quand je suis revenue moi au centre médico social où je travaille, je l'ai présenté aux puéricultrices qui travaillent avec moi et il y en a une qui avait déjà eu une formation là-dessus. Mais qui l'utilise pas, comme moi qui l'utilise pas en tant qu'outil mais qui l'utilise dans son observation de l'enfant, de façon immatérialisée quoi. Effectivement il y a des puéricultrices qui sont, qui connaissent cet outil oui.*

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- *Tout à fait, les 3 : adapté, pertinent, applicable. Je pense que ce qu'il faudrait rajouter, et ça va peut-être être plutôt dans la dernière partie de votre thèse, c'est les orientations après quand on a repéré un retrait relationnel, qu'est-ce qu'on en fait ? A qui on oriente ? Ou est-ce qu'on fait prendre en charge les enfants ? C'est bien de former les généralistes, mais il faut aussi qu'ils sachent quoi en faire derrière.*

- Vous pensez que ça c'est un problème qui pourrait ... ?

- *Oui, et donc derrière il y a plusieurs choses, il peut y avoir du soutien éducatif, du soutien psychologique, de la prise en charge pluridisciplinaire dans les structures comme les CAMPS, ça peut être... Voilà après ça dépend ce qu'on peut mettre en lien avec le retrait relationnel de l'enfant. On va essayer de trouver la cause de ça et en fonction de ce qu'on imagine, on va mettre en place des stratégies. Si on a une maman qui est en dépression du post partum, si on a un enfant qui est pas stimulé parce qu'on a une maman qui est débordée parce que c'est le 6ème et qu'il est dans sa poussette... Moi c'est ce qui s'est passé, c'était un 5ème bébé qui passait sa journée dans sa poussette parce que la mère elle a 5 autres enfants à gérer et qu'il était pas, et qu'elle est pas en interaction avec lui, voilà. On va pas mettre en place, on va pas faire les mêmes propositions que si on a un enfant plutôt plus grand de 18 mois qui est en train de régresser, qui est en train de s'isoler, s'enfermer dans sa bulle, en train de se mettre en retrait parce qu'il rentre dans l'autisme par exemple. Donc on va pas proposer la même chose derrière. Donc c'est un outil qui est facile, utilisable par les médecins généralistes mais qui nécessite derrière des informations pour la prise en charge. Moi je pense que c'est quelque chose d'important, qu'il faudra de toute façon mettre en lien avec les étiologies possibles.*

- Mais du coup, comme on disait tout à l'heure, beaucoup de gens ne connaissent pas cette échelle. Ça vous paraît intéressant que plus de monde la connaisse disons ?

- *Oui. Bah ouais, elle est pas présentée au cours de pédopsychiatrie ou de pédiatrie ?*

- *Moi dans ma formation de médecine générale non. J'ai eu la chance de suivre la formation du professeur Guedeney quand j'étais en stage à la PMI mais c'était vraiment un coup de chance, je suis tombée dans le bon stage.*

- *Oui, oui, bah c'est sûr et dans le cadre des cours magistraux de pédiatrie, de psychologie de l'enfant, peut être ça a un peu évolué depuis ma pratique à moi ! Mais oui, oui, je pense que ça serait important que ça rentre, que ce soit un outil d'observation du développement de l'enfant, voilà, et de dépistage des troubles neurodéveloppementaux également. Parce que, on l'a dès les premiers mois avec les tout petits mais on peut l'appliquer chez des enfants plus grands facilement quoi.*

Merci beaucoup. **Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?**

- *Hmm. Non, moi je... Je crois que c'est assez clair. Après il faut, comme tous nos trucs, c'est les différentes échelles qu'on a, différents tests, il faut les pratiquer, le faire plusieurs fois pour après l'automatiser dans nos outils, voilà. Et après, non... Si, peut-être ce qui pourrait être intéressant, c'est d'illustrer les exemples de retrait. Pour des gens à qui ça ne parle pas, moi ça me parle parce que moi je vois des enfants toute la journée mais je me dis qu'un généraliste qui passe d'un vieux diabétique, à un machin, qui voit un enfant qui a de la fièvre, c'est pas un moment où il va le faire, c'est compliqué. Donc ça va plutôt être des pédiatres ou alors des médecins qui vont faire les bilans systématiques annuels par exemple. Là ils vont être plus dans l'observation de l'enfant, ils le voient pas quand il est malade... Et je me dis que ça pourrait être pas mal d'illustrer les différents types de retrait aux différents âges si on l'utilise en outil de formation. Pour que ce soit un peu parlant. En disant voilà, j'ai un bébé entre 0 et 1 an, entre 0 et 12 mois, un nourrisson qui a des choses de retrait, qu'est-ce que ça pourrait être ? Ça pourrait être une dépression du nourrisson, ça pourrait être un enfant qui entend pas, un enfant qui voit pas... Il faut quand même... Ce que vous aviez développé il me semble un peu dans votre présentation la dernière fois. De donner un petit peu les étiologies*

en fonction des âges pour aiguïser le regard du professionnel. Et par contre si on a un retrait chez un enfant, un enfant qui a marché à 1 an, qui commence à babiller et puis qui à 18 mois commence à avoir des éléments de retrait, de renfermement, qu'est ce que ça peut être ? Un enfant battu, un enfant qui est maltraité, un enfant qui est en carence affective, comme un enfant qui est autiste par exemple. Je vous donne, ça me vient comme ça, je donne des exemples, j'en oublie certainement. Mais je me dis que c'est pas le même profil selon l'âge de l'enfant. Et selon le contexte de vie, etc... Après je me dis qu'en médecine générale c'est bien, parce que c'est rapide, mais il faut avoir des tiroirs rapides. C'est à dire que vous avez la salle d'attente qui est pleine, y a un enfant, il faut avoir des réflexes. Il y a un retrait, qu'est ce que j'en fais ? Je le laisse pas partir dans la nature pour pas avoir des retard diagnostic... Et ça pourrait être effectivement aussi du lien entre la médecine générale et la PMI, ça vraiment, ça peut être l'occasion. Moi j'ai assez peu de généralistes qui m'envoient des enfants. Certains mais ils m'adressent pas l'enfant directement, ils disent "aller à la PMI" voilà parce qu'ils ont pas le temps, ils prennent pas le temps de passer un courrier ou donner un coup de fil, etc. Et donc je pense que travailler sur "qu'est ce qu'on en fait derrière le retrait ?" ce serait pas mal, d'avoir quelques petits tiroirs un peu automatiques.

➤ Médecin N

1) Que diriez-vous du niveau de difficulté d'apprentissage de l'échelle M-ADBB ?

- Apprentissage ? C'est à dire comment, comment est-ce que c'est facile de ...?
- De la comprendre et de l'utiliser après ou est-ce que c'est fastidieux ?
- Non, je trouve que c'est assez clair, le fait qu'il y ai que 5 items je trouve ça plus facile que l'échelle d'origine. Voilà, après c'est de toute façon des items que l'on fait de manière spontanée systématique sans même s'en rendre compte donc... Ce qui m'a paru le plus délicat c'est de me dire "ah oui ça ça correspond à l'activité générale ou oui, ça c'est vrai, c'est les voc..." Enfin, de, comment dire, de découper l'examen que l'on fait plutôt spontanément où on a un regard global en différents items après pour coter. De coter dans un deuxième temps quoi.
- D'accord, après le système de cotation en soi n'est pas compliqué pour vous ?
- J'ai eu besoin quand même de revenir assez régulièrement sur le fait que 0 satisfaisant.
- Et que ce soit pas l'inverse ?
- Et que ce soit pas l'inverse, voilà.
- Et, donc, est-ce que finalement c'est pas plus compliqué pour quelqu'un qui a l'habitude et qui voit des enfants généralement, qui se fait une vision globale que quelqu'un qui au contraire n'aurait pas l'habitude qui soit...?
- Alors ça c'est difficile, pour moi, c'est difficile de le dire.

2) Dans votre pratique quotidienne, quel est votre usage de cette échelle ?

- Alors, depuis que vous nous l'avez distribuée, je l'ai utilisée pas tout le temps, à quelques moments. Parce que j'y pensais pas forcément ou après c'est vrai que moi j'ai toute une série de bébé qui allaient très très bien donc je voyais pas trop... Du coup... En fait, je l'ai utilisée pas mal au départ quand vous l'avez... Et puis après quand je voyais que de toute façon c'était des bébés qui spontanément allaient bien et pour lesquels j'aurais eu une cotation 0, je l'ai pas forcément ressorti quoi, je l'ai pas forcément noté dans le dossier alors qu'au départ je notais un peu dans le dossier la cotation que j'avais trouvé. Mais finalement sur des bébés qui vont bien, on voit je trouve assez rapidement qu'ils vont bien. C'est quand, je trouve qu'elle est plus intéressante, quand on a un peu un peu un doute.
- D'accord, donc aujourd'hui, si vous la sortez c'est si vous avez un doute ?
- Oui, je vais plutôt la sortir si j'ai un doute.
- Ok, et si vous l'utilisez, vous tracez ça dans le dossier si j'ai bien compris ?
- Oui, j'essaye de le noter dans le dossier.
- Dans le carnet de santé aussi ?
- Non, je l'ai pas noté dans le carnet de santé parce que je suis pas sûre que les gens savent à quoi ça correspond et du coup c'est des choses que je garde pour moi, dans le dossier, dans le dossier de l'enfant à la PMI.

3) Dans quelle mesure la connaissance de cette échelle a pu contribuer positivement à votre pratique ?

- Est-ce que ça ? Ça c'est difficile à dire pour moi.

- Est-ce que par exemple, vous dites, "si jamais j'ai un doute, je peux sortir l'échelle", du coup, pourquoi vous la sortiriez ?
- *Euh, en fait... Pourquoi je la sortirais ? Pour conforter un peu l'idée que je me fais et pour essayer de comparer la fois d'après si mes doutes se confirment ou pas. Voilà, je vais pas forcément orienter suite au score de l'échelle, mais je vais être peut-être plus attentive pour la fois d'après. Je sais pas si ça répond à la question ?*
- Si, si tout à fait, donc en contribution positive, je dirais que ça peut conforter vos idées comme vous disiez et vous permettre d'avoir, si vous faites un score, un élément de comparaison objectif ?
- *De comparaison objectif qui puisse m'être utile sur une prochaine consultation. C'est à dire que je trouve difficile de la garder sur une consultation unique quoi, quand on voit un enfant, une seule fois je trouve que c'est difficile d'en rester là quoi.*
- Oui et c'est ce qui est recommandé d'ailleurs : de reconstruire.
- *De le reconstruire, hmm.*
- Après, bon au niveau de la théorie disons, ça ne vous a rien apporté de plus, si je comprends bien, puisque vous avez l'habitude depuis longtemps. Et après ça ne vous changera pas la prise en charge ?
- *Je ne suis pas sûre que ça me change la prise en charge. Par contre, je me dis que ça peut être intéressant notamment quand... Alors dans le cadre d'une généralisation de ce type d'échelle, je pense que ça peut être intéressant, si après, dans l'orientation ou la prise en charge on a des partenaires qui parlent de la même chose quoi. Après si ça parle à personne, je sais pas dans quelle mesure ça peut être... C'est tout l'idée peut être de votre travail de savoir si c'est intéressant de le généraliser ou pas.*
- Oui voilà, c'est ça.
- *Je pense que ça peut être un outil de généralisation comme un peu l'échelle de la douleur a été à une époque où on savait pas trop comment s'en servir, mais au fur et à mesure que les gens s'en servent de plus en plus, tout le monde sait s'en servir. Peut-être c'est ça l'idée.*
- Et par hasard, est-ce que vous connaissez d'autres personnes, isolées peut-être, mais qui connaîtraient cette échelle, à part du coup vos collègues de la PMI ?
- *Et beh non, non. Non, non. J'ai jamais eu à en discuter, même sur les partenaires au niveau de l'hôpital ou des partenaires généralistes, j'ai jamais eu...*

4) Quels ont été les freins à l'application de cette échelle dans votre pratique ?

- *Euh, y a pas de réel frein je trouve. Parce que de toute façon c'est des choses qu'on recherchait systématiquement chez tout bébé. Donc après c'est juste, plus, penser à... Prendre du temps pour coter réellement au sein de la consultation quoi.*
- Et est-ce que le fait justement que vous disiez que cette échelle est peu connue et que ça parle à peu de gens ça peut être un frein ? Ça peut être considéré comme un frein ?
- *Oui parce que du coup moi ça... Je me dis "ça me sert à moi, Est-ce que ça va servir à quelqu'un d'autre ?". C'est pas non plus, on va pas tellement, on va pas forcément... Quand on va discuter avec les parents pour mettre, pointer un peu les difficultés qu'on perçoit, on va pas forcément, moi je vais pas forcément passer par l'échelle.*
- Pour expliquer aux parents vous voulez dire ?
- *Pour expliquer aux parents. Je vais plutôt passer par des exemples...*
- Oui, concrets.
- *Concrets.*
- Et, justement, par rapport aux parents, est-ce que si dans les cas où vous avez pu prendre l'échelle, est-ce que vous... Je crois que vous m'avez dit que vous avez recours au support, Est-ce que vous sortez l'outil devant vous, comment dire, est-ce que vous l'expliquez aux parents, est-ce que le regard des parents peut être un problème ?
- *Non. Non, non. Alors moi je l'ai mis, de toute façon à côté de mon bureau, pas devant moi, j'ai une petite étagère à côté. Et donc je l'ai mis à côté de mon bureau, voilà. Mais je cote pas forcément devant les parents, je vais plutôt coter après, une fois que les parents sont sortis.*

5) Dans quelle mesure l'échelle M-ADBB peut-elle être un outil adapté / pertinent / applicable pour les médecins généralistes en soins primaires ?

- *Euh... Je pense que si elle est bien expliquée, un fois... Je pense... Bon, en PMI on est assez habitués à examiner les petits, mais en médecine générale je pense que ça peut être intéressant d'avoir un support comme ça moi. Il me semble que ça m'aurait aidé, peut-être, quand on voit pas que des tout petits, à être attentifs à des items qui sont quand même importants quoi.*

- Ok, et vous qui avez justement fait un petit peu de médecine générale aussi avant, vous pensez que ça aurait été réalisable disons ? Au-delà de l'apport théorique ?
- *Ouais peut être, je sais pas en cabinet de ville, je sais pas le temps que prennent les médecins généralistes pour voir les tout petits. Nous on est privilégiés à la PMI, on a un peu plus de temps, et puis on a le regard de la puéricultrice avant, donc on peut aussi facilement discuter pour comparer nos points de vue avec la puer qui a vu le bébé avant. Sur, Est-ce qu'on s'est trompé, pas trompé ? Parce qu'il y a des bébés qui peuvent avoir un contact plus ou moins facile avec telle ou telle personne et parfois... Et puis, d'autant plus compliqué avec les masques, avec tout ça quoi. Donc, peut être en ville ça peut être intéressant, il faut savoir si c'est gérable au niveau timing quoi. Mais c'est vrai je pense que ça peut mettre la puce à l'oreille à certains confrères qui ont des doutes sur le développement de certains bébés. Après c'est vrai que souvent, quand ils les voient et qu'ils sont malades c'est encore plus compliqué.*
- Oui c'est pas applicable.
- *C'est pas forcément, c'est pas applicable quand ils sont malades... Donc, oui, je pense que si... Ça peut être un outil de formation intéressant pour les généralistes. Moi ça me paraît intéressant.*
- Et en PMI donc éventuellement pour, comme vous disiez, objectiver un peu les choses ?
- *Ouais, ouais. Ouais, ouais, ouais. Moi là j'ai un bébé que j'ai, sur lequel j'ai coté un score de 3, que je dois revoir dans quelques semaines là. C'était quand même assez intéressant du coup de voir que le score était supérieur à 2, en même temps, il faut quand même que ce soit corrélé bien correctement au développement de l'enfant quoi, à l'âge de l'enfant. C'est à dire qu'il y a là par exemple, c'était un bébé qui hurlait mais de manière disproportionnée en voyant des gens qu'elle ne connaissait pas, à 4 mois, et à 4 mois c'est pas du tout normal quoi. Et après, il y avait quand même une histoire familiale très complexe, donc tout ça corrélé...*
- Donc vous aviez un contexte et une première impression globale qui faisait que vous aviez l'impression que...?
- *Oui. Ça me permet de me dire "cet enfant là quand même il faut être super attentif quoi".*

Tableaux récapitulatifs des unités de sens

Sont présentés ci-après les tableaux recensant de façon exhaustive le résumé des unités de significations classées par rubriques classificatoires ou par thèmes.

La saturation des données est schématisée par les barres en gras.

Groupe 1 : niveau de difficultés d'apprentissage de l'échelle M-ADBB

m	Prérequis	Temps	Contenu	Formation continue	Support technique	Facile / Difficile
1		Au minimum une demi-journée	Des vidéos : plus parlant	Relire documents avec collègue Refaire une formation		
2		4 jours et encore plus	Beaucoup de vidéos	Pratiquer en réunion		Très difficile
3				Le faire régulièrement	Se référencer à la grille pour chaque item	Technique autour de la vidéo Se détacher du développement psychomoteur Médecins non formés très pertinents dans leur observation rien qu'avec la grille
4					X	Trop compliqué, "usine à gaz"
5					L'avoir à côté de soi pour marquer le coup	Facile 3/10, formaliser, pas d'apprentissage particulier Difficulté : activité générale
6		1 journée permet de maîtriser			A côté pour s'y référer car pas par cœur	Assez simple, rien de nouveau
7	Grande expérience enfant Temps observation			Relire documents avec du recul	X	Pas très difficile, pas si facile
8			Formation indispensable	Pratiquer avec un groupe de travail		
9	Pratique et expérience du jeune enfant	4 jours = pas de trop		Entraînement avec groupe de pratique pour cotation fiable	Avoir support si on ne fait pas tous les jours	Pas facile, pas difficile
10			Groupe et vidéos		Toujours recours pour <u>ADBB</u>	Théorie : accessible Pratique : difficulté d'une cotation fiable et reproductible
11	ADBB avant M-ADBB	4 jours et...*		* 1 journée un an après pour re-fixe les choses	X	Complexe Beaucoup de critères, cotation subtile
12		Peut être très rapide				Assez facile
13					Revenir au document pour bien coter	Difficultés : consensus et activité générale. M-ADBB plus simple qu'ADBB

Groupe 2 : niveau de difficultés d'apprentissage de l'échelle M-ADBB

m	Niveau de difficulté	Facteurs facilitants	Facilités	Subtilités	Aide technique
A	Moyen.		Éléments qu'on fait déjà	Attention à inversion score.	Mémo dans trieur avec calendrier vaccinal, Le prendre pour être sûre de bien coter
B	Très accessible, assez facile				Avec le mémo
C	1/5 : pas difficile				Mémo car pas souvent, sinon oublié
D	Pas compliqué	Avec l'expérience	Intuitif		Relire le mémo pour re-visualiser
E	Pas difficile : 2/10			La multiplicité des émotions	Support collé sur le mur
F	Assez simple	Quand expérience pédiat			
G	Simple, pas de difficulté				Photocopie mémo pour chaque enfant
H	Pas de difficulté, sauf :			Vocalisations au stade babillage ?	Utilisation avec mémo
I	Assez facile		Instinctif	Attention à ne pas inverser score	Fiche mémo pour chaque enfant
J	Facile, va de soi	Plus on voit de bébé...	... plus c'est instinctif	7 mois = 7 émotions ?	Connais par cœur mais mémo dans agenda, revient dessus si doute
K	Très facile à retenir			Item relation : nécessite du temps	Mémo très pratique
L	Oui (facile)			Expressions faciales chez les tout petits	
M	Facile, clair, pas compliqué				
N	Facile, instinctif		Déjà vu sans s'en rendre compte	Prendre du recul sur la vision globale Attention à ne pas inverser	

Groupe 1 : utilisation de l'échelle M-ADBB

m	Quand ?		M-ADBB ou ADBB ?	Avec film ?	Modalités	Traçabilité
1	Si inquiétude	Couramment	M-ADBB	0	Sur une autre consult	Photocopie de la grille
		Grande inquiétude / temps / collègue dispo	ADBB	Filmer		
2	Quotidiennement		Informel			Petite note pour réévaluer
		Si inquiétude	Cotation M ou ADBB	Tjs filmer	Sur une autre consult	
3	Si inquiétude		M et ADBB	Tjs filmer		Trace crayon dossier
	Groupe de travail					
4	Jamais sauf si sollicitation confrère		Informel avec ses habits	Vidéo des autres		
5	Quotidiennement		M-ADBB en tête			Trace dans dossier si soucis
		Si doute	ADBB	Film si enfant placé		
6	Si doute	Couramment	Informel	0		
		Si conditions	M et ADBB	Filmer		
7	Pas vraiment d'usage		Très informel (2-3-4)			
8	Systématiquement		M-ADBB en tête			Note si pathologique ou dossier réseau N&G
		Si inquiétude après informelle	Au moins M-ADBB	Filmer à l'occasion		
	Groupe de travail				Vidéos des autres	
9	Lecture résultats équipe					
10	Inquiétude	Après regard orienté	ADBB	Tjs filmer	Re-convoqué sur consult dédiée	Grille complétée dans dossier
11		Regard orienté	Informel			
12	Quotidiennement	Regard orienté	Informel + échelle			Noter au maximum dans dossier
		Si inquiétude	M et ADBB	Tjs filmer		
13	Très souvent		Support d'argumentation			Oui
		Si inquiétude	M ou ADBB selon collègue	Tjs filmer		

Groupe 2 : utilisation de l'échelle M-ADBB

m	Fréquence	Quand ?	Comment ? / Modalités	Traçabilité
A	7 ou 8 fois	D'abord, pour s'entraîner Enfants trop calmes		Note dans carnet de santé
B	2 fois	En cas de problème relationnel ressenti	Consultation dédiée	Note dans dossier : à surveiller
C	Pas très souvent	D'abord, pour tester l'outil Puis, en cas de doute normal / pas normal		Pas noté car normal
D	Informel, jamais nécessité d'une vraie utilisation	Souvent regardé au début, puis retombe dans automatismes. En cas de doute, reprend l'échelle.	Intégré à l'examen habituel Si nécessaire : re-convoquer	Pas noté car normal
E	Quasi systématique	Pour toute visite de suivi Examen en crèche	Attention complémentaire	Si anomalie : note dans dossier médical (pas le carnet de santé)
F		Si interrogation	Déjà pris en compte avant	Pertinence d'avoir un score pour le noter
G	6 fois en juillet	Visite de suivi à 5-6 mois, 12 mois et 18 mois	Ne change pas pratique, déjà pris en compte	Fiche mémo photocopiée annotée Carnet de santé
H	Pas fréquent	D'abord, pour tester l'outil Puis si enfant paraît "pas top" Syndrome carentiel ou trouble du neurodéveloppement	Ne change pas habitudes	Fiche mémo photocopiée annotée +/- détail dans dossier papier (pas carnet de santé)
I	15-20 fois	Pour l'étude A l'avenir : en cas de doute	PMI = bonnes conditions pour l'appliquer	Note dans dossier / Feuille annotée Mais pas le carnet de santé
J	Souvent	En cas de doute après une vision de débrouillage Famille sensible avec facteurs de vulnérabilité Syndrome dépressif maternel	Se fait naturellement	
K	Pas d'utilisation : pas de besoin, déjà pris en compte dans examen			
L	Pas d'utilisation : n'a pas trouvé d'utilité, déjà pris en compte dans examen			
M	Pas d'utilisation : déjà pris en compte dans l'examen, échelle presque trop simplifiée			
N		D'abord utilisé pour tester Puis, en cas de doute		Essaye de noter dans dossier, pas carnet de santé

Groupe 1 : contribution de l'échelle M-ADBB à la pratique

m	Sensibiliser au RR	Examen clinique	Objectiver	Nouvel indicateur	Langage professionnel	PeC améliorée	Evolution
1		Observation affinée	Quantifier un ressenti			PeC plus rapide, rebondir sur état psy de la mère	
2		Changement manière examiner. Observe de nouvelles particularités.		Signal d'alarme			Noter et réévaluer
3		Respect des besoins du bébé. Observation plus fine.	Mettre des mots sur ressenti	Nouvelle information inquiétude / réassurance	: Partager observation avec les autres	Décision collégiale Guidance parentale en cas de sur-stimulation	
4	Ré-étudier le problème de RR			Fausse réassurance !	Argument médico-légal.		
5			Officialiser ce qu'on faisait instinctivement		Médicaliser une observation, justifier une orientation. Comparer scores avec kiné. Rapports aux juges.	Argument pour demander financement auprès de la direction.	Suivre évolution
6	Renforcement de ce qu'elle faisait déjà		Donne un côté scientifique aux intuitions	Finalement pas si mal	Partager vidéo avec confrères et comparer scores. Pédagogie avec internes.	Argument de poids pour engager une action.	
7	Repérer la détresse du bébé				Support pour travailler avec équipe de crèche		
8	Sensibilité accrue chez les tout petits			Alerte, distinction du développement psychomot	Observation en groupe de travail	Intervention plus précoce et ciblée Guidance parentale	
9		Observation plus fine		Rassurer, temporiser	Comprendre les résultats des collègues		
10	Renforce vigilance RR : problème à part entière	Observe des nouvelles choses	Objectiver, mettre des mots alors qu'on était mal à l'aise		Support pour discuter avec famille Coter à plusieurs avec vidéos	Catalyseur pour entamer un PeC	
11	Conforter vigilance						
12	Alerte renforcée	Observation très précise	Mettre des mots, être précis		Support pour communiquer avec les parents Comparer observation avec puer	PeC plus précoce et de meilleure qualité. Rebondir état psy mère	
13		Posture examen différente	Objectiver, en dehors de l'émotion		Valeur pour adresser un patient. Pédagogie avec internes.	Soutien à la parentalité	Outil de suivi

Groupe 2 : contribution de l'échelle M-ADBB à la pratique

M	Apport clinique	Objectiver	Nouvel indicateur	Langage pro	PeC améliorée	Suivi
A	Systématisation de l'examen clinique	Valide un ressenti Objective	Réponse appropriée à une situation Temporiser	Elément comparable en cas d'intervenants différents	Appellerait plus vite PMI ou pédiatre	Point de repère dans le carnet
B		Codifier, scientifique, rationaliser	Alarme Ou se rassurer	Pédopsy utilise l'échelle ADBB		Note dans dossier pour réévaluer et suivre évolution
C		Quantifier			Aurait orienté plus précocement	
D	Renforcer l'attention		N'a pas changé suivi ou PeC.	ADBB pourrait être un support pour expliquer aux parents		
E	Observation plus attentive	Schématise une impression, mieux cerner...		Pédagogie avec un étudiant		Noter pour surveiller
F		Passer du ressenti à l'objectivité (bien que non binaire) Pondérer.	Confirmer inquiétude et...	Accord avec puéricultrices sur observation Intéressant si devenait langage commun	... adapter PeC	Marquer et suivre évolution
G	Vigilance					Marquer pour suivre évolution ou pour un remplaçant
H	Se reposer la question du trouble de développement Aidant pour les 0-12 mois			Brasser des connaissances en équipe Être didactique avec stagiaire puéricultrice	(Aidant pour les 0-12 mois) Argument supplémentaire pour demander une PeC sociale	
I	Rigueur, vigilance, temps de bien analyser	Sécurise une approche naturelle		En a parlé avec puéricultrices dans l'idée qu'elles l'appliquent et de comparer		
J	Complémentaire à l'évaluation du lien mère-enfant	Objectiver ressenti, notamment dans les rapports d'évaluation	Réassurance en contexte de dépression maternelle	Travail en équipe, harmoniser observation avec puéricultrices. Psychologue connaît l'échelle.	Faits dans les rapports	Item de suivi au long cours
K	Pas d'intérêt, n'apporte rien de plus. ADBB potentiellement					
L	N'a pas trouvé d'utilité.					
M				Bon outil pédagogique pour former les jeunes pro		
N		Conforter une idée				Confirmer la fois d'après si les doutes se confirment

Groupe 1 : les freins à l'utilisation de l'échelle M-ADBB

	Temps	Contexte	Les parents	Collègue dispo / Subjectivité	Vidéo
1	Demande du temps	Manque valorisation consult pédiatrique en libéral		Être deux pour croiser les scores	
2	Temps, chronophage		Mettre à mal les compétences parentales	Ne pas le faire seul, mettre en commun avec un autre	Expliquer (barrière langue) Avoir un binôme
3	Si régulièrement et correctement : Chronophage			Incertitude corrigée par le groupe	Temps de regarder le film. Accord des parents : justifier sans inquiéter.
4	Inapplicable pour des raisons de temps			Fausse réassurance	Intelligence artificielle
5	Aucun frein				
6					Autorisation parentale quand enfant placé. Logistique : enregistrer, envoyer
7	Chronophage	Inadapté en crèche			Inadapté en crèche
8	Chronophage si rigueur				
9		Chef service de PMI : peu sur le terrain			
10	Le temps	Covid19 : déssectorisation, pas de suivi			Expliquer, feuille autorisation Intrusif
11	Le temps		Les inquiéter, les braquer	Incertitude du résultat	Refus des parents
12	Le temps	Conditions : si l'enfant a faim			Temps de filmer
13	Le temps !	Covid19 : consult rapides			Refus d'un parent Technique informatique

Groupe 2 : les freins à l'utilisation de l'échelle M-ADBB

M	Temps ?	Contexte	Parents	Absence de nécessité	Outil inconnu
A	Temps... Surtout au début	... quand créneau de consult < 30 min	Pas le prendre comme une évaluation		
B	Temps car... Mais le prendre s'il faut : re-convoquer	... autre motifs, coups de téléphones.	Pas du tout		
C	Pas de frein particulier. Parfois le temps mais prendre 5min s'il faut.			Pas de réelle nécessité jusqu'à maintenant	
D	NON car consult de 30 min		Non	Pas ressenti le besoin	
E	NON car consult de 40 min				
F		Si l'enfant n'est pas en conditions	Non, Explique toujours aux parents		
G	Pas de frein. NON car consult de 25 min		Non non non, leur explique		
H	Pas de frein car observation doit être menée, mais... Temps pour consigner résultat		Non, ne fait pas échelle devant parents car anxiogène et compliqué		
I		Quand enfant n'est pas bien	Non, ne fait pas échelle devant parents		
J	Temps si...	... retard dans consult Vaccin / chaleur / maladie Peur de l'étranger trop envahissante	Non, prend pas l'échelle devant les parents		
K				N'a pas utilisé car repère déjà le retrait relationnel	
L				Pas percevoir pertinence utilisation quand on a de l'expérience	
M				Multiplier les outils inutilement	Inutile car inconnu
N	Pas de frein réel, mais... Temps pour coter		Non, pas devant les parents		Pas intéressant si ça ne parle à personne

Groupe 1 : l'applicabilité de l'échelle M-ADBB

m	PMI / pédiatrie	Médecine libérale	Bénéfice
1	Oui	Si pratique pédia et prend temps observer Si voit enfant hors contexte aigu	
2	Totalement adapté	Pas adapté	
3	Oui si temps, pratique et reprise		Sensibilise au retrait relationnel
4	Malheureusement non	Juste pas possible	
5		Aidant pour ceux pas à l'aise en pédia	
6	"Archi pertinent", réseau de collègues facilitant	Si expérience en pédiatrie, mais tout est possible !	Bon outil orientation diagnostique
7	Probablement en PMI	Cabinet qui fait de la pédiatrie et si sacrée disponibilité	Pourrait être intéressant pour sortir de l'examen clinique et observer Prévention !
8	Très utile	Intéressant si habitude des tout petits	Permet prévention
9		Si pratique orientée pédiatrique	
10	Oui intéressant pour toute l'équipe	Si suivi du développement de l'enfant	Moyen de sensibilisation
11	Oui	Oui, avec tout type d'activité	Sensibilisation au retrait relationnel est primordiale
12		Oui, au moins être alertés	
13	Bien sûr ! Oui, oui, absolument		Critère d'adressage partagé objectif

Groupe 2 : l'applicabilité de l'échelle M-ADBB

m	Applicable	PMI	Libéral	Adapté	Pertinent
A			Facilement applicable car choses qu'on regarde déjà		Valide ressenti / Point de repère / Nomadisme médical
B			Facile à réaliser (cf : apprentissage)	Pratique dans un temps restreint en libéral	Déclencher une alarme.
C			Document synthétique, facile d'appli, par trop de temps		Pour suivre les enfants et montrer aux pédiatres qu'on est capables !
D			En début d'activité ou quand on n'a pas l'habitude.		
E			Facile ! Que 5 items, s'intègre dans l'examen.		Spé ADBB, généralistes M-ADBB ?
F		Certainement	Pour ceux où l'examen pédi se perd au milieu de beaucoup de choses	Aller à l'essentiel pour les libéraux Partage avec puéricultrice	Réveille l'intérêt. Obtention d'un critère reproductible et comparable.
G		On fait déjà attention, mais intéressant quand même.	Intéressant pour les med gé. Pour ceux qui accordent de l'importance au suivi de l'enfant et qui ont le temps		Moment d'attention privilégié
H	Facile, pas long, pas difficile à apprendre				
I	Applicable en PMI et en libéral				Vigilance
J	Facile car peu d'items		Important mais à condition qu'ils y soient réceptifs.	Sensibilisation facile pour les libéraux qui ont peu de temps. Double regard médecin-puéricultrice	Outil pour les med-gé en première ligne avec action de prévention. Harmonisation
K	Fiche mémo : pratique, discrète, s'y référer facilement	Pour les jeunes médecins ou ceux qui n'ont pas l'habitude	Pour les jeunes médecins ou ceux qui n'ont pas l'habitude Pour ceux que ça intéresse		Ne pas passer à côté du RR
L	Abordable	Quand on commence	Pour ceux qui débutent ou qui voient peu de bébés		Ne pas oublier
M	"Applicable"	Pour ceux qui n'ont pas encore l'expérience	Important, mais à conditions qu'ils sachent quoi en faire	"Adapté"	"Pertinent" Dépistage troubles neurodev Lien med gé - pédiatrie
N			Outil de formation intéressant. Aidant quand on ne voit pas que des tout petits	Privilégié en PMI avec discussion puér.	Puce à l'oreille sur trb du développement

Serment d'Hippocrate

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'Être 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Certificat de conformité



CERTIFICAT DE CONFORMITE AVANT SOUTENANCE

=====

Je soussigné(e), Professeur de la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, déclare avoir lu la thèse et le résumé correspondant, de :

M / Mme : Cécile CAREL

Intitulé de la thèse :

Applicabilité de l'échelle M-ADBB par les médecins généralistes en soins primaires.

Je certifie, en ma qualité de Président(e) du Jury de Thèse, que les opinions et les principes émis dans cette thèse ne sont contraires ni à l'ordre public ni à la déontologie médicale.

A compter de ce jour et jusqu'à la soutenance, aucune modification du document qui m'a été présenté ne sera demandée à l'auteur.

Je donne un avis favorable à la soutenance de cette thèse.

Fait à Montpellier, le 28 mars 22

Le/La Président(e) du jury.

(Donner le nom et le prénom de la personne qui a signé, à l'adresse électronique de la personne qui a signé, pour mise en ligne)



Professeur Philippe LAMBERT

RÉSUMÉ

Contexte :

Le retrait relationnel du nourrisson est un signal d'alarme important de part la sévérité potentielle de ses causes et ses conséquences sur le développement. L'échelle M-ADBB est un outil clinique validé destiné à repérer précocement le retrait relationnel. Elle peut être utilisée dans la pratique clinique courante et pourrait de façon pertinente s'intégrer dans la pratique des médecins généralistes qui sont en première ligne pour le suivi de nombreux enfants.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'applicabilité de l'échelle M-ADBB par les médecins généralistes exerçant en soins primaires.

Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative par analyse thématique. Les données sont issues d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes exerçant en libéral, en PMI ou en crèche. Certains avaient été formés à l'échelle M-ADBB, les autres ont été sensibilisés à l'outil par une rapide présentation.

Résultats :

56 médecins ont été contactés, 27 d'entre eux ont participé à l'étude.

L'apprentissage de l'outil et son utilisation semblent abordables pour la plupart des médecins.

Plus de 92% des médecins interrogés considèrent que l'échelle M-ADBB a une contribution positive à leur pratique. Cela témoigne d'une bonne validité d'apparence de l'échelle.

Souvent contraints par le temps, les praticiens ont recours à l'échelle M-ADBB plutôt devant des facteurs de risque ou devant une inquiétude après une première évaluation de l'enfant.

Conclusion :

L'échelle M-ADBB est un outil adapté à la pratique des médecins généralistes, son utilisation est notamment envisageable dans une stratégie de dépistage ciblé du retrait relationnel du nourrisson.

Suite aux recommandations émises en 2020 par la "Commission des 1000 jours" et par la HAS concernant les troubles du neurodéveloppement, l'échelle M-ADBB semble d'autant plus pertinente dans la pratique des généralistes en soins primaires.

Mots clés : retrait relationnel du nourrisson, M-ADBB, médecine générale, soins primaires, dépistage ciblé, prévention, troubles du neurodéveloppement, étude qualitative.