



HAL
open science

Accueil de l'enfant en médecine générale: la relation médecin-enfant malade, à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains

Anne-Sophie Artis

► To cite this version:

Anne-Sophie Artis. Accueil de l'enfant en médecine générale: la relation médecin-enfant malade, à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2004. hal-01733323

HAL Id: hal-01733323

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733323>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2004

N°



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Anne-Sophie HURPEAU-ARTIS

Le 29 juin 2004

ACCUEIL DE L'ENFANT EN MEDECINE GENERALE

LA RELATION MEDECIN- ENFANT MALADE,
A PROPOS D'UNE ENQUÊTE REALISEE AUPRES
DE 128 MEDECINS GENERALISTES LORRAINS

Examineurs de la thèse :

M. P. MONIN	Professeur	Président
M. H COUDANE	Professeur	} Juges
M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	
M. J. M. BOIVIN	Maître de conférence associé	Directeur de thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vic Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU

Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER – Gérard FIEVE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE – Professeur Nicolas SADOUL –
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE

Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT

Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le professeur **Pierre MONIN**

Professeur de Pédiatrie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Nous avons pu apprécier vos qualités humaines et la qualité de votre enseignement tout au long de nos études.

Que ce travail nous permette de vous exprimer notre reconnaissance pour votre disponibilité et pour les conseils que vous nous avez prodigués tout au long de la réalisation de ce travail.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur **Henry COUDANE**

Professeur de médecine légale (option clinique)
Chevalier dans l'ordre des palmes académiques.

*Nous vous remercions d'avoir bien voulu honoré de votre attention ce travail et d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur **Daniel SIBERTIN-BLANC**

Professeur de Pédopsychiatrie

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de
notre jury de thèse.
Recevez l'assurance de notre profonde considération.*

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le docteur **Jean-Marc Boivin**

Médecin généraliste
Maître de conférence associé

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger notre thèse.

Nous tenons à vous exprimer toute notre gratitude pour votre contribution précieuse à l'élaboration de ce travail, pour votre grande disponibilité et pour votre bienveillance.

Vous nous avez guidé patiemment dans ce travail, de l'ébauche de l'idée à son élaboration définitive.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

REMERCIEMENTS

A Olivier,

Merci pour ton amour

Merci pour l'affection, la bonne humeur et le goût du bonheur que tu m'apportes depuis notre rencontre...

Merci aussi pour ta confiance, ton soutien et surtout ta patience dans les moments difficiles !

En témoignage de mon amour, ta femme qui t'aime...

A ma fille Margaux et à mon fils Matthias, mes deux « amours » à qui je dédie ce travail.

Votre maman chérie...

A mes parents,

Merci pour l'amour et l'affection qui m'ont nourris depuis mon enfance et jusqu'à ce jour...

Merci aussi pour votre confiance sans cesse renouvelée et pour notre complicité toujours préservée.

Je vous dois ce que je suis...

Votre fille aimante et reconnaissante.

A mes frères et à mes belles-sœurs, Jean-Christophe et Karine
« dessinatrice à ces heures perdues », Olivier et Sylvie, Laurent et Sophie

Merci pour tous ces moments de bonheur partagés faisant partie intégrante de ma vie.

Merci à mes trois grands frères de m'avoir « supporté » depuis trente et un ans !

Votre sœur et belle-sœur « adorée » !

A mes neveux et nièces, Mathilde, Clémence, Quentin, Baptiste, Lila, Romain et Matthieu

Pour m'avoir fait devenir « tatie » et « tatie-marraine » et pour m'avoir inspiré ce travail.

Merci d'être là...

Votre tatie Sosso qui vous aime très fort.

A mes grands-parents,

Avec tout ma tendresse et mon affection

A mes beaux-parents, Mireille et Jean-Paul

Pour leur soutien, leur confiance et leur affection toujours renouvelés depuis ces douzes années !

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

1- Introduction	20
2- Préambule	22
2.1 Développement psychoaffectif de l'enfant : de la naissance à l'adolescence.	23
2.1.1 Croissance et développement	23
2.1.1.1 le développement affectif	23
2.1.1.2 le développement cognitif	24
2.1.1.3 le développement physique	25
2.1.2 Stades du développement psychoaffectif :	25
2.1.2.1 Première enfance	25
2.1.2.2 les 2° et 3° années	33
2.1.2.3 de 4 à 6 ans : le complexe d' Œdipe	34
2.1.2.4 de 6 à 12 ans : la période de latence	36
2.2 La relation médecin/enfant-patient : de la naissance à l'adolescence.	37
2.2.1 L'approche du nourrisson	38
2.2.2 L'approche du « tout-petit » (15 mois-4 ans)	40
2.2.3 Le grand enfant, d'âge scolaire (de 5 à 10 ans)	44
2.2.4 La communication avec les parents	47
2.3 Prise en charge médicale proprement dite : matériel médical indispensable au cabinet du médecin.	48

3- Enquête	53
3.1 Introduction	54
3.2 Matériel et méthode	54
3.2.1 Elaboration du questionnaire	54
3.2.2 Communication des résultats	55
3.2.3 Présentation du questionnaire	55
3.2.4 La lettre directive et le questionnaire	55
3.3 Résultats bruts	62
3.3.1 Description de l'échantillon	62
3.3.1.1 Age et sexe	62
3.3.1.2 Mode d'exercice	62
3.3.2 La consultation du nourrisson et de l'enfant	63
3.3.3 Le cabinet médical et son environnement	64
3.3.4 L'abord de l'enfant	65
3.3.5 La prescription	68
3.3.6 La formation	69
3.4 Analyse des résultats	70
3.4.1 Description de l'échantillon	70
3.4.1.1 Age et sexe	70
3.4.1.2 Mode d'exercice	71
3.4.2 La consultation du nourrisson et de l'enfant	72
3.4.3 Le cabinet médical et son environnement	74
3.4.4 L'abord de l'enfant	76
3.4.5 La prescription	77
3.4.6 La formation	77
3.5 Discussion	78
3.5.1 Biais et limites de cette enquête	78
3.5.2 Discussion	78
3.6 Tableau de synthèse selon les stades de développement de l'enfant	86
4 -Vers un outil standardisé de l'accueil de l'enfant	91
4.1 La salle d'attente	92

4.2	De la salle d'attente à la consultation	94
4.3	La consultation	94
4.4	Tableau de synthèse selon les stades de développement psychoaffectif de l'enfant et croquis.	97
5	– Conclusion	100
6	– Bibliographie	103

1 – Introduction.



Compte tenu de la baisse du nombre de pédiatres libéraux, le médecin généraliste occupe une place de plus en plus importante dans le suivi de la santé des enfants. L'activité pédiatrique du médecin généraliste correspond au 1/4 de ses actes (d'après un communiqué de MG France datant du 21 octobre 2003-(56).)

Les enfants qui viennent en consultation ont besoin d'un environnement qui leur soit adapté. Or il n'est pas toujours facile d'aménager un environnement spécifique dans un cabinet de médecine générale.

Le premier objectif de ce travail est de faire un état des lieux de la prise en charge de l'enfant au cabinet du médecin généraliste, qu'elle soit matérielle ou psychologique.

Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête auprès de 354 médecins généralistes libéraux auxquels nous avons adressé un questionnaire.

Nous avons passé en revue la littérature existante traitant de la relation médecin/enfants-patients. Nous avons tenté d'évaluer les caractéristiques psychologiques de l'enfant aux différents stades de son développement.

Le second objectif est de tenter d'identifier la prise en charge la mieux adaptée à la psychologie de l'enfant, en vue d'améliorer la consultation de l'enfant en tenant compte de l'état des lieux réalisé et de la littérature.

2 – Préambule

2.1 Développement psychoaffectif de l'enfant : de la naissance à l'adolescence.

Nous avons volontairement éliminé la période de l'adolescence, spécifique et particulière, soulevant de nombreuses difficultés de nature éloignée de l'enfance, pour nous arrêter à la préadolescence.

Nous nous sommes attachés au développement psychologique et aux diverses acquisitions de l'enfant au cours de son développement, afin de pouvoir isoler, arbitrairement, les différentes périodes de l'enfance :

- de 0 à 12 mois
- de 12 mois à 3 ans
- de 3 ans à 6 ans
- de 6 ans à 12 ans

2.1.1 Croissance et développement :

Lors de l'examen clinique d'un enfant, croissance et développement, représentent une catégorie concernant les trois principaux points du développement : développement **affectif, cognitif et physique**. (48)

2.1.1.1 Le développement affectif :

Il se réfère au développement émotionnel et comportemental.

Dans ce cadre l'examen portera sur certains points tels que : le synchronisme (Réponses entre l'enfant et la personne qui le garde), le tempérament, l'attachement (relation privilégiée entre l'enfant et la personne qui le garde, la mère), l'autonomie indépendance (séparation des parents, identité propre), le contrôle des impulsions, l'identité du sexe (l'enfant se définit lui-même comme garçon ou fille), l'interaction avec ses pairs (la façon dont l'enfant communique avec son entourage.)(48)

2.1.1.2 Le développement cognitif :

Il se réfère au développement de l'intellect.

Selon Piaget, un enfant passe par quatre principaux stades du développement cognitif (52). Ces stades sont :

- **l'intelligence sensori-motrice** (l'enfant explore l'environnement en utilisant des outils moteurs et sensitifs comme le toucher, la vision, l'audition).
- **l'intelligence pré opérationnelle** (vers 2-7 ans environ) : l'enfant commence à utiliser un langage intelligible et va se servir de ses représentations mentales pour évoquer les objets ou événements rencontrés, même s'ils sont absents (symbolisation verbale des objets et des personnes).
- le stade des **opérations concrètes** (vers 7-11 ans) durant lequel la capacité de conceptualisation des objets, des personnes ou des événements devient plus sophistiquée (l'enfant peut organiser les choses, utiliser la logique et comprendre différents points de vue).

- enfin, le stade des **opérations formelles** (de 12 à 15 ans) qui correspond niveau le plus évolué de la pensée. Il débute à l'adolescence et persiste plus tard dans la vie (utilisation de raisonnements abstraits et d'hypothèses). L'enfant développe alors une logique formelle et son raisonnement devient hypothético-déductif.

Les questions attribuées au domaine cognitif porteront sur l'acquisition du langage, la capacité de raisonnement, les performances scolaires et les désirs professionnels.

2.1.1.3 Le développement physique :

Il se réfère aux états d'organisation (transition entre différents stades de conscience du nourrisson), au développement moteur (progrès effectués vers l'autonomie physique), à la vitesse de croissance et à la puberté (modifications physiques au cours de l'adolescence).

2.1.2 Stades du développement psychoaffectif :

2.1.2.1 Première enfance :

La première enfance comprenant les 18 premiers mois de la vie est d'une importance capitale pour le devenir affectif de l'enfant. (24)

Les intérêts du nourrisson sont centrés sur la zone orale et les soins alimentaires. Durant cette période, le plaisir est lié à l'absorption alimentaire et au fonctionnement de la seule zone orale.

Au cours des premières semaines, le bébé ne distingue pas clairement sujet et monde extérieur ; il est sans cesse soumis à des états de tension et de bien-être. La genèse de la relation objectale n'apparaîtra que progressivement.

D'après l'ouvrage de Catherine Tourette et Michèle Guidetti sur la psychologie du développement (52), plusieurs auteurs ont abordé cette phase différemment. Ainsi, elles développent la pensée de chacun d'entre eux que nous décrivons chronologiquement.

⇒ **R.A. Spitz** (1887-1974) distingue 3 étapes à travers des processus psychiques traduisant le passage de la relation pré objectale (pas de distinction entre le moi et les objets ou personnes indépendantes du moi) à la relation objectale proprement dite.

- **Première étape** : apparition du sourire réponse vers 2-3 mois (gestalt)
- **Seconde étape** : angoisse de l'étranger vers le 8^{ème} mois, il différencie sa mère d'un étranger.
- **Troisième étape** : apparition du « non » vers le 18^{ème} mois qui signe l'accession à une totale distinction d'avec la mère.

⇒ **M. Klein** (1882-1960) développe une conception du développement précoce de l'enfant lui prêtant une vie mentale précoce, avec deux positions :

- **Une position dite *schizo-paranoïde*** où l'enfant n'a pas de relation avec les personnes en tant que telles mais seulement avec des objets partiels (seins) durant les 6 premiers mois ; il vivrait dans un monde clivé où le sein deviendrait mauvais objet en même tant qu'objet idéal.
- **Une position dite *dépressive*** au cours du 2^{ème} semestre qui semblerait être une phase charnière du développement où l'enfant atteint une capacité d'élaboration de la perte et de la séparation.

⇒ **M. Mahler** (1897-1985), décrit un processus de séparation/ individuation de l'enfant par rapport à sa mère selon plusieurs phases :

- **une phase autistique** (de 0 à 2 mois)
- **Une phase symbiotique** (de 2 à 12 mois) où bébé et maman vivent distincts l'un de l'autre mais dans une même enveloppe.
- **Une phase de séparation/individuation** (de 8 à 36 mois) par éclosion hors de la sphère et rupture de l'unité symbiotique. L'enfant pourrait régresser par peur de perdre son objet libidinal interne.

⇒ **A. Freud** (1895-1982) distingue 6 grands axes d'activité de l'enfant développés dans un continuum d'action, sachant que l'enchaînement d'un stade à l'autre ne se fait pas de façon brutale mais comme s'ils étaient emboîtés les uns aux autres.(40)

Ces six stades sont :

- **De la dépendance à l'autonomie**
- **De l'allaitement à l'alimentation**
- **De l'incontinence au contrôle sphinctérien**
- **De l'insouciance aux soins du corps**
- **De l'égoïsme à l'altruisme**
- **Du jeu au travail**

Cette théorie introduit la notion d'harmonie et de dysharmonie du développement et considère que la normalité ne tient pas à l'homogénéité mais, au contraire, à la diversité des progrès. (37)

⇒ **D.W. Winnicott** (1896-1971), psychanalyste anglais de formation pédiatrique a établi ses conceptions théoriques à partir d'observations sur le lien de dépendance du nouveau-né. Il considère qu'un nouveau-né ne peut exister sans sa mère et sans les soins qu'elle lui apporte. (40) Cette implication psychique

qu'il nomme « *préoccupation maternelle primaire* », permet à la mère de répondre et de s'adapter aux besoins de son enfant avec une extrême sensibilité. Il s'attache à la fonction maternelle et lui reconnaît trois rôles, définis en anglais sous les termes de :

- **Holding**, se référant au portage de l'enfant autant sur un plan physique que psychique qui permet l'établissement d'un sentiment de soi.
- **Hand Ling**, se référant aux soins apportés par la mère au quotidien. Il lui permet de lier son vécu corporel à son vécu psychique et de structurer ainsi son fonctionnement mental.
- **Object presenting** se référant à la capacité de la mère de mettre à la disposition de l'enfant les objets au moment opportun. L'enfant va développer ainsi, un sentiment de toute puissance croyant avoir créé cet objet lui-même.

L'enfant va développer des phénomènes transitionnels pour s'adapter aux carences inévitables de sa mère.

En effet, vers 4 mois jusqu'à 12 mois, il va choisir un **objet transitionnel** représentant la douceur et le lien affectif et sensoriel entretenu avec sa mère. Il accompagne le développement de l'enfant lui permettant de gérer les séparations et de renforcer son sentiment de soi.

⇒ **D. Stern**, plus récemment, démontre par l'observation directe de l'enfant, le caractère décisif des interactions précoces du nouveau-né avec son entourage. Il

développe la notion d'**accordage affectif** ou **syntonisation affective**, où la mère et son bébé prennent plaisir à partager et renforcent leur attachement. L'enfant peut utiliser cette relation pour construire un sens de soi plus solide en y régulant ses états psychologiques, physiologiques et affectifs.

Son savoir de psychanalyste dont le génie a été de repousser les limites de l'intervention psychanalytique au premier jour de vie de l'enfant, ses intuitions thérapeutiques, son travail pédagogique envers les parents et les professionnels, son combat en faveur de « la cause des enfants » font de **Françoise DOLTO** (1908-1988) un repère incontournable dans l'approche de la petite enfance. (41)

⇒ **Françoise DOLTO** décrit le développement de l'enfant comme une suite de « castrations» :

- **Ombilicale** avec la naissance
- **Orale** avec le sevrage
- **Anale** avec la marche et l'apprentissage de la propreté.

Chaque fois l'enfant doit se séparer d'un monde pour s'ouvrir à un autre. Chacune de ces castrations est une sorte d'épreuve dont l'enfant sort grandi et humanisé. La responsabilité des parents est de l'aider à les franchir avec succès.

Avec la coupure du cordon ombilical, le bébé renonce à l'état fusionnel avec la mère et gagne le monde aérien. L'allaitement ou le biberon ne représentent pas que la satisfaction d'un besoin alimentaire car le nourrisson est un être de désir, c'est un moment de corps à corps et de communication. C'est pourquoi il faut « castrer la

langue du tétou pour que l'enfant puisse parler » déclare Françoise Dolto dans son livre « Tout est langage » (21).

En renonçant au sein et au lait, le bébé renonce à nouveau à un état fusionnel avec sa mère.

Avec la distance et la libération de la bouche, il acquiert la possibilité de parler. Françoise Dolto précise qu'à cette époque, plus encore qu'à une autre, la mère doit apporter à l'enfant un bain de langage. (20)

Avec la marche, l'enfant s'éloigne de sa mère pour découvrir l'espace. Encore faut-il qu'il ne soit pas bridé dans cette première autonomie.

⇒ Bien que ces différents auteurs aient des conceptions différentes du développement du nourrisson, nous pouvons trouver un fil conducteur commun entre ces différentes vues. Nous pourrions synthétiser cette période en plusieurs phases :

- *les trois premières semaines* : le bébé n'a pas conscience de son propre corps et navigue entre des états de bien-être et de tension selon ses besoins alimentaires et de sommeil. Il est dépendant de sa mère et ne vit que pour lui. C'est une phase de fusion maman –bébé.
- *La fin du 2° mois de vie* : le nourrisson est capable de différencier sa mère de son père et d'un étranger. Il adapte un sourire-réponse orienté à celui qui le porte et manifeste des pleurs crépusculaires souvent témoins d'un surplus de stimuli d'ordre nerveux nécessaires à son équilibre.
- *Le 4° mois de vie* : le nourrisson développe la conscience de l'étranger et manifeste des protestations à chaque séparation. Il découvre des stimuli nouveaux et a besoin de temps pour les

assimiler. Il va choisir un objet transitionnel, véritable source de réconfort lors des séparations.

- *Les 7° et 9° mois* : le nourrisson regarde le monde comme s'il lui appartenait. Il découvre la permanence de l'objet et des personnes. Il apprend à dominer son corps en cherchant à se tenir debout et à se mouvoir. La crainte de l'étranger est croissante.

- *Le 12° mois* : Cette période peut être interprétée comme « le calme avant la tempête ». L'enfant va vivre une période de désorganisation avant la prochaine étape de son développement qu'est la marche. Il manifesterà ses premières colères témoins du désir d'indépendance croissant et de conflits internes.

- *Les 15° et 18° mois* : Le nourrisson développe un comportement d'opposition vis-à-vis de son entourage, l'aidant à définir sa propre indépendance. Il éprouve le besoin d'explorer les limites de la tolérance avec ses proches.

Ces 18 premiers mois de la vie vont apprendre au bébé de prendre conscience de son propre corps et de sa propre identité en se détachant de sa mère et en abordant chaque étape du développement comme de véritables tremplins vers une nouvelle autonomie.

2.1.2.2 Les 2^o et 3^o années :

Des intérêts nouveaux se manifestent durant cette période, centrés sur les phases anales et phalliques.

L'enfant considère le contenu de ses intestins comme une partie de lui-même, qu'il peut ou non, selon son bon vouloir, offrir en cadeau à sa mère.

Son autonomie croissante suscite des interdits parentaux qui déclenchent en lui une agressivité nette dans les conduites d'opposition vis-à-vis de la mère.

Le Moi se renforce grâce à une meilleure représentation de soi et de l'image du corps (il reconnaît son reflet dans un miroir) (52).

Cette période est également marquée par l'acquisition du **non** (vers 18 mois), et par l'acquisition et la maîtrise du « **je** », ce qui signe un renforcement de la conscience de soi.

Selon F. DOLTO, l'apprentissage de la propreté doit se faire lorsque l'enfant a acquis le contrôle musculaire suffisant et non à un âge préétabli et sous contrainte. (20)

A cette période, les parents commencent à poser des interdits pour sauvegarder l'enfant et lui enseigner la première loi : celle de ne pas nuire à autrui et de ne pas tuer. S'ils le font de façon sadique, c'est à dire seulement oppressive, ils n'apprennent pas à l'enfant à transformer ses impulsions agressives en désirs socialisés.

Tout au long de la vie, ces impulsions seulement refoulées se déchargeront à la moindre occasion, avec une cruauté qui sera restée infantile.

A 3 ans, l'enfant découvre son entourage proche à travers des jeux imaginaires. Il dépasse le stade du jeu symbolique acquis vers 2 ans et demi selon T.B. Brazelton (10), pour utiliser les personnes de son entourage comme des symboles. Il découvre aussi le sens de l'humour et l'empathie. Ces étapes franchies l'amèneront au processus majeur appelé « altruisme ».

2.1.2.3 De 4 à 6 ans : le complexe d'œdipe

Durant cette période la zone génitale proprement dite commence à devenir la zone érogène dominante. Selon Freud, cette phase a reçu le nom de **stade phallique**. (24)

C'est aussi et surtout l'époque de la reconnaissance des sexes. La relation d'objet est marquée de façon déterminante par l'apparition de la situation oedipienne.

L'enfant de 4 ans exprime sa pensée. Il permet ainsi à ses parents de développer son sens critique en encourageant ses pensées selon son avis personnel et non pas selon tel ou tel individu.

Françoise Dolto déclarait dans son recueil intitulé « les étapes majeures de l'enfance » (20), à propos de la différence des sexes, que les filles et les garçons s'élèvent d'eux-même différemment. Ils n'auront pas les mêmes façons d'appréhender le monde pour ces raisons biologiques.

Elle ajoutait l'importance de leur faire comprendre très tôt leur différence de sexe et de les rendre fiers chacun de leur appartenance.

L'entrée dans le stade oedipien fait suite à la découverte de cette différence aboutissant à la découverte de leur appartenance à un sexe unique.

Marianne Dollander et Claude De Tychey (19) reprennent le point de vue de F DOLTO en nommant cette phase de castration primaire, de « non génitale » vécue sur un mode « phallique ». Le garçon considère que le pénis appartient aux garçons et non aux filles. Par le fait, la fille se sent dépossédée d'un organe dont le garçon est pourvu.

Françoise Dolto décrit la phase oedipienne comme une castration secondaire, « génitale », contribuant à « l'autonomisation affective de l'enfant ».

Le but pulsionnel n'est plus auto-érotique mais orienté vers deux objets extérieurs, avant d'y renoncer : son père et sa mère.

L'enfant sort de sa relation privilégiée à sa mère pour entrer dans une triade en tenant compte de la relation qui unit son père à sa mère.

Ce que Freud a appelé le « complexe d'Œdipe » est l'ensemble organisé de ses désirs amoureux à l'égard du parent de l'autre sexe et de ses sentiments hostiles envers le parent du même sexe. Marianne Dollander et Claude De Tychey décrivent clairement cette phase du développement psychologique de l'enfant dans leur ouvrage « La santé psychologique de l'enfant, fragilités et prévention » (19). En effet, s'affrontent alors chez l'enfant, le désir inconscient de séduction pour le parent de sexe opposé, et le désir d'éliminer le parent non désiré. En conséquence, l'enfant a peur d'une rétorsion punitive provenant du parent supplanté ; le garçon craint la castration, et fille et garçon redoutent la perte de l'amour de ce parent. Le garçon voit son père comme un rival dans sa relation amoureuse avec sa mère et ressent à son égard des sentiments agressifs. Il réalise l'impossibilité d'être le seul élu dans le cœur de sa mère et s'identifie au père en intériorisant les interdits parentaux. Il affirmera son identité masculine et peut déplacer son désir vers d'autres femmes.

La fille reproche l'absence de pénis à sa mère qui devient objet de jalousie, et se tourne vers son père, objet de désir. Réalisant l'impossibilité d'obtenir un pénis par son père, elle se tourne vers sa mère en acceptant son identité féminine.

C'est l'âge (environ 3 ans- 4 ans) où l'enfant cherche à savoir « comment on fait les bébés » si l'on reprend les paroles de Dolto dans l'ouvrage de JC Liaudet (41).

La fin de l'œdipe correspond à l'acceptation de la réalité sexuée de l'enfant et au renoncement à l'inceste. C'est par une identification au parent du même sexe que l'enfant sortira du conflit oedipien.

L'intériorisation des interdits parentaux a permis la constitution du Surmoi et marque la fin d'un stade important dans l'élaboration psychique de l'individu.

2.1.2.4 De 6 à 12 ans : la période de latence

Elle se caractérise par un ralentissement considérable de l'évolution de la sexualité avant de reprendre avec l'avènement de la puberté et des pulsions génitales.

La préoccupation essentielle de ce stade est l'acquisition de compétences.

Les relations aux parents sont déssexualisées et s'accompagnent de refoulement et de sublimation des pulsions sexuelles anciennes. L'hostilité s'atténue tandis que l'attachement incestueux est remplacé par l'affection. Ainsi sa personnalité évolue de façon régulière et sans perturbations importantes.

Durant cette période, le psychisme de l'enfant subit de profonds remaniements.

Le Moi se renforce, il perçoit mieux la réalité, exerce de mieux en mieux ses capacités de raisonnement et d'opération logique. Les deux processus de refoulement et de sublimation revêtent une importance particulière et l'amènent aux dynamiques d'apprentissage et de curiosité de cette période.

2.2 La relation médecin/enfant-patient : De la naissance à l'adolescence.

Nous avons tenté d'identifier la spécificité de la consultation de l'enfant au cabinet du médecin généraliste et de rechercher les outils nécessaires à son bon déroulement.

Nous avons pris en compte le contexte particulier de l'activité du médecin généraliste qui ne rencontre pas que des enfants tout au long de ses journées. Il nous a paru intéressant d'aborder la difficulté d'appréhender des consultations qui se suivent mais ne se ressemblent pas !

« Dans notre métier, l'imprévu est la règle et la disponibilité permanente est une donnée incontournable », d'après le livre « Le médecin face à ses patients ; mieux communiquer avec ses patients et optimiser son organisation » (16).

2.2.1 L'approche du nourrisson :

Le premier examen d'un nouveau-né est toujours un moment particulier au cours de notre exercice libéral. Terry B. BRAZELTON déclare dans ses *Points forts* (10) que l'examen du nouveau-né avec ses parents a deux objectifs ; le premier est de préparer le médecin et les parents à un travail futur qui est la surveillance de son développement en leur faisant prendre conscience de l'« extraordinaire répertoire comportemental dont leur enfant est doté », le second objectif est « leur faire sentir l'intérêt que porte le médecin à leurs réactions vis-à-vis de leur bébé et leurs interprétations de son comportement ». Ainsi en participant au développement de la famille en tant qu'« observateur actif » le médecin devient familier et leur fait découvrir un langage commun ancrant leur relation future.

La plupart **des nouveau-nés** se laissent examiner sans peine à moins d'être juste avant l'heure d'une tétée. L'approche du nourrisson peut se faire par le regard, la parole et le toucher comme le décrit parfaitement Mme le Dr Huot-Marchand pédiatre de PMI dans son livre « Parole autour de l'enfant » (33). En effet, le premier contact est visuel souvent dans les bras de sa maman, puis s'ensuit la parole pour dire, rassurer, utiliser « la musique relationnelle » en parlant ce qui se vit dans l'instant. Lors de l'examen clinique du nouveau-né le toucher est caressant, permettant au médecin de sentir le tonus, la souplesse, les raideurs, les crispations.

Lors des **6 premiers mois**, si le médecin sourit au bébé, celui-ci lui rendra son sourire. Cette attitude amicale persistera pendant la majeure partie de l'examen.

Jusqu'à ses 6 mois environ, nul besoin de recourir à des « trucs » pour contourner ses craintes car il n'en existe pas. Il ne présentera pas de réticence à l'examen tant que le médecin sourira, parlera d'une voix douce et aura un toucher amical.

Sa mère le placera sur la table d'examen et restera à côté de lui au cours de l'examen.

Il est important d'avoir des mains propres et chaudes, mais le nourrisson pleurera dès que sa quiétude sera perturbée.

Vers **9 mois** le nourrisson traverse la période d'angoisse de séparation et de l'étranger. Il est important de le laisser se familiariser au médecin et à ses instruments. La distraction reste une méthode fréquemment utilisée. Ne pouvant se focaliser sur plus d'une chose à la fois, il sera facilement intéressé par autre chose que l'examen clinique qu'il subit. Par exemple, agiter un objet, une source lumineuse, ou produire des sons divers distraira aisément le nourrisson.

La plupart des nourrissons tolèrent d'être dénudés et semblent même l'apprécier par l'apport de stimulations tactiles plus importantes.

Vers l'âge de **1 an** le nourrisson peut être réticent à toute approche. La distraction devra être primordiale. Le langage corporel sera adapté au nourrisson avec passage graduel de l'ignorance à un contact direct. La majeure partie de l'examen peut être effectuée sur les genoux du parent ou debout contre la poitrine de celui-ci.

Enfin, l'observation de la relation parent-enfant reste importante. Il est intéressant de noter la chaleur affective avec laquelle parlent les parents de leur enfant. Il est important de noter la manière dont le parent tient, manipule, habille son enfant et son aptitude à répondre aux situations d'inconfort de son enfant. Tout ceci fait partie de la communication non verbale essentielle à cette période de l'enfance. La consultation est un moment privilégié pour observer ces relations.

2.2.2 l'approche du « tout petit » (15 mois-4 ans) :

L'examen d'un enfant de cette tranche d'âge peut représenter un véritable défi pour la plupart d'entre nous. (48)

En effet, il est difficile d'approcher un enfant de 18- 24 mois sans provoquer une réaction d'opposition, des cris engendrant l'affolement des parents. Le succès de l'examen sera à la satisfaction de tous les intéressés.

Il faut, dès le début de la rencontre enfant-médecin et pendant toute la durée de la consultation gagner la confiance de l'enfant et dissiper ses peurs éventuelles.

Selon Françoise Dolto, l'enfant âgé **de 18-24 mois** n'a pas encore acquis le langage verbal de manière efficace. (21) La communication est essentiellement basée sur des gestes expressifs non verbaux et des termes simples. Les pleurs ou le retrait face au médecin sont des manifestations évidentes de peur, d'anxiété ou de manque de connaissances. Ils interprètent le langage verbal des adultes de manière littérale. Ils commencent à mémoriser et aiment « faire semblant ». Mais ils peuvent être effrayés par une phrase incomprise car abstraite. Ainsi, le médecin devra employer des mots simples et faire des phrases courtes quitte à les répéter plusieurs fois. Un support visuel tel une marionnette permet de concrétiser les mots et les gestes.

A cet âge l'enfant donne un sens magique aux objets inanimés. Ainsi, le médecin aura tout intérêt à autoriser l'enfant à manipuler ses instruments et à expliquer leur fonction.

Dans la deuxième année de vie, l'enfant traverse une période nommée « crise d'indépendance » par Terry B. Brazelton, (10) avec de nombreux conflits à propos de l'autonomie et de l'indépendance de l'enfant vis-à-vis de ses proches.

Lors de l'anamnèse, il est important de respecter une certaine distance physique avec l'enfant, en évitant le contact visuel direct, en gardant le sourire et une voix

douce, en s'approchant progressivement avec une chaise, afin de paraître le moins menaçant possible. Ainsi, l'enfant a le temps de s'accoutumer au médecin et à son environnement.

Le climat de confiance tant espéré s'installera par l'expression de remarques élogieuses sur son aspect vestimentaire, ses éventuels jouets, sans avoir peur de lui faire une farce ou lui raconter une petite histoire. Instauration d'un dialogue avec l'enfant permet d'apprécier son degré de réceptivité, en abordant des sujets de discussion propres à son âge et à son environnement et en posant des questions simples sur sa santé.

Si l'enfant montre des signes d'appréhension pendant l'interrogatoire (par exemple : se tait, se cache les yeux), il est préférable de le laisser tranquille un instant. L'abord psychomoteur de l'enfant effectué avant l'examen clinique proprement dit, constitue un moment « récréatif » appréciable où l'enfant peut jouer à la balle, sauter à cloche pied (vers 3-4 ans), empiler des cubes. Ainsi l'enfant aura probablement une meilleure opinion du médecin et de sa manière d'effectuer l'examen clinique.

L'examen peut se dérouler sur les genoux du parent ou du médecin, sans le déshabiller entièrement, mais par étapes afin de contourner son opposition.

Sa répugnance à se déshabiller peut être une réaction de froid par rapport à la fraîcheur de la pièce, de la table d'examen, des instruments et des mains de l'examineur et non due à une attitude de pudeur ou d'appréhension.

Avant de faire l'examen proprement dit, il est important de se laver les mains. Afin de rassurer l'enfant, le médecin peut annoncer ce qu'il va faire avec des mots simples et en évitant les mouvements brusques susceptibles de l'effrayer.

Lors de l'examen, le médecin doit être maître dans l'art de la distraction. Chaque étape de l'examen peut être décrite et pratiquée sur le doudou éventuel ou la poupée ; chaque instrument peut être manipulé par l'enfant avant son utilisation.

Lorsque vient le moment de le toucher, le médecin commencera par les parties distales de son corps, en comptant les doigts et en lui parlant doucement afin de le mettre à l'aise. Le fait de poser ses deux mains sur l'enfant, l'une examinant, l'autre maintenant l'enfant en douceur peut être distrayant.

Le ton de la voix a son importance ; en effet, un ton ferme et sans équivoque peut être utile pour lui faire accomplir certains gestes indispensables ; par exemple, se retourner ou ouvrir la bouche. Parfois la vigueur de certains propos permet de limiter la réticence de certains enfants, mais la plupart d'entre eux s'assoient, s'allongent sans problème parfois la main sur leurs yeux croyant ainsi être invisibles au regard de l'examineur.

Il est important de planifier l'examen de façon à commencer par les gestes les moins pénibles et à terminer par les plus désagréables. Ainsi les zones requérant une position assise telle que l'auscultation cardio-pulmonaire, doivent être accomplies avant de l'allonger. D'ailleurs, la position de décubitus dorsal peut créer un sentiment de vulnérabilité chez l'enfant et doit être accompagnée par une main derrière sa tête en soutenant son dos. Une fois couché, l'examineur pourra palper l'abdomen, puis les aires ganglionnaires, la gorge et les oreilles, puis enfin les organes génitaux externes en dernier afin de respecter la pudeur de l'enfant et des parents.

Il faut savoir être honnête quant à la possibilité de gestes douloureux ou inconfortables pouvant résulter d'un acte médical à accomplir lors de la consultation. L'enfant est très concret et appréciera la franchise du médecin. Les étapes désagréables de l'examen clinique pourront être pratiquées rapidement, sans insistance, afin de privilégier le confort de l'enfant. Cependant, l'examen clinique doit apporter des informations essentielles sur la santé de l'enfant et ne doit pas être sacrifié entièrement au profit de son confort absolu.

A deux ans, l'enfant craint toujours d'être séparé de sa mère, mais s'il veut bien se laisser approcher le principal problème du médecin sera de l'attraper. L'enfant de deux ans déborde d'énergie et d'activité motrice. Il veut grimper partout, toucher à tout, s'intéresse à tout. Il peut être intéressant d'en tirer un avantage en jouant la comédie avec lui et en créant une relation ludique.

A trois-quatre ans, l'enfant est adorable. Il peut même participer à l'examen sans aucune crainte tant que sa mère ou son père restent proches et que le médecin explique quelles sont ses intentions. Il apprécie d'être considéré comme « un grand » et aime discuter de l'école, de jeux, de ses dernières sorties. Ceci permet d'apprécier ses capacités cognitives et de langage très importantes à cet âge. D'autres enfants présentent une grande timidité et mettront plus de temps à se détendre. Les consultations précédentes peuvent laisser un souvenir, désagréable ou non, influençant l'interaction initiale médecin enfant. Le faire participer à l'utilisation des instruments le conforte dans sa position de « grand » et apaise ses réticences éventuelles. Il peut avoir appris à craindre la douleur et doit être rassuré verbalement et physiquement en cas de piqûre par exemple, ceci conditionnera les futures rencontres.

A cet âge, les relations médecin-patient s'établissent et acquièrent une certaine maturité. En effet, dès que le médecin offre des choix au cours de l'examen et continue à faire participer l'enfant, en discutant avec lui de ses symptômes et de ses soins, la relation prend une certaine valeur. Elle sera orientée par la suite, quand le patient devra jouer un rôle de plus en plus important et s'impliquera plus dans sa santé en général.

En cas de difficultés face à un enfant turbulent, qui hurle et ne veut pas se laisser approcher, le rôle des parents est primordial. Ils seront d'une grande aide s'ils rassurent leur enfant par des mots, des gestes. En revanche, une attitude compatissante envers leur enfant opposant, ne fera qu'accentuer le climat hostile de la consultation, et faire sortir le parent peut être source de soulagement réciproque.

Le médecin n'a pas d'intérêt à se montrer trop mécontent au risque de provoquer un conflit ou une attitude punitive des parents avec leur enfant. Il est important de ne pas oublier que la patience, la répétition, et la persévérance sont les clés de la réussite

2.2.3 Le grand enfant, d'âge scolaire (de 5 à 10 ans) :

La plupart des enfants d'âge scolaire se laissent examiner sans difficulté. Ils sont familiarisés avec les lieux et l'environnement du cabinet médical. Ils pensent encore en termes concrets mais à un niveau plus élaboré.

A 5- 6 ans, ils connaissent le but de la consultation et y participent volontiers. Mais, le souvenir des consultations précédentes peut rester très vivace à leur esprit qu'il soit positif ou négatif. En revanche, il sera aisé de « faire copain » avec un enfant ouvert et amical et d'aboutir à une véritable relation.

L'enfant de 4 à 6 ans craint la douleur, ce qui crée une source d'angoisse à son arrivée au cabinet. Le médecin doit être franc et expliquer ses actes en nuanciant ses propos et en devançant ses craintes. Par exemple, lui dire que le vaccin ne sera fait qu'à la fin et qu'il sera prévenu de la piqûre avec une récompense pour son courage.

La présence d'un frère ou d'une sœur plus âgé peut être un plus ou, au contraire source de rivalité entre eux. Il est donc indispensable de demander l'avis de l'intéressé quant au souhait de cette présence. D'ailleurs, l'enfant examiné se sentira considéré et s'impliquera plus dans « sa consultation ».

A 8-10 ans, l'enfant a une meilleure conscience de son corps et peut se montrer plus craintif dans certaines circonstances. Bien qu'il ait une meilleure compréhension

de la consultation, le médecin devra toujours garder une attitude compréhensive mais claire, en respectant la pudeur de son patient.

L'examen clinique proprement dit peut se dérouler comme celui d'un adulte, de la tête aux pieds. Certains enfants de 5-6 ans accepteront d'être examinés dévêtus ou en sous-vêtements. S'il présente une réticence, le médecin lui proposera de l'examiner au-dessus de ses sous-vêtements en ne dénudant qu'une zone à la fois. Le médecin n'obtiendra sa coopération qu'en prenant le temps de lui expliquer ses gestes et de lui proposer des choix sur ce qui va survenir. L'enfant de 9-10 ans appréciera particulièrement d'avoir des choix.

La plupart des enfants d'âge scolaire coopèrent, mais il existe certaines situations délicates à gérer lors d'une consultation.

Voici certains exemples décrits dans l'ouvrage de Mr Ployet, Papoin et Me Bremond sur « la consultation pédiatrique, du 1^{er} mois à l'entrée au collège » (46):

- *L'enfant timide ou qui éprouve encore des difficultés de séparation* : dans ce cas, le médecin devra aborder l'enfant avec douceur et en le rassurant par la parole, expliquant ses gestes. L'enfant de 7-8 ans a une meilleure capacité cognitive que le tout petit, ainsi il comprend les raisonnements logiques. Il en est de même pour les enfants ayant connu des expériences douloureuses ou effrayantes.
- *L'enfant « hors de contrôle » qui ne connaît pas de limite* : dans ce cas, toute coopération est vouée à l'échec. Certains enfants ne connaissent pas de contraintes chez eux et c'est au médecin de les appliquer au cabinet.
- *L'enfant ayant subi des abus physiques ou sexuels* : dans ce cas, il peut refuser de coopérer à l'examen physique spécialement des organes génitaux externes. La compréhension et la patience du médecin devront être primordiales et ne pas avoir peur de se limiter à un simple interrogatoire.

- *L'enfant malade avec une souffrance physique* : dans ce cas, l'enfant d'âge moyen coopère sans difficulté même s'il souffre, à condition de l'écouter attentivement lors de l'anamnèse et d'adapter ses gestes à ses dires. Il n'est pas indispensable d'examiner les parties secondaires.

Pour aborder un enfant, quel que soit son âge, il ne suffit pas d'avoir une attitude amicale. Certes, le sourire et la chaleur humaine sont importants, mais des peurs prévisibles liées au développement ou à de mauvaises expériences passées peuvent gâcher une rencontre clinique avant même qu'elle ne commence.

Il est important de connaître les étapes du développement et de la croissance afin de pouvoir mieux cerner ce qu'un enfant peut comprendre, aimer et craindre.

2.2.4 La communication avec les parents.

Selon J. Engel dans son « guide de poche de l'examen pédiatrique » (22), les parents font partie intégrante de la consultation du nourrisson et de l'enfant. Ils détiennent les principales informations utiles au médecin concernant le développement de leur enfant ainsi que son attitude face à l'étranger.

Le silence et l'écoute sont indispensables pour leur assurer une complète crédibilité de leurs dires. En créant une atmosphère de soutien et d'attention, le médecin peut obtenir des confidences ou des inquiétudes souvent peu en rapport avec le problème présent.

S'ils pensent que leur enfant a un problème de santé, leur inquiétude doit être prise au sérieux. Parfois les parents ont tenté de résoudre le problème seuls mais attendent une attitude de soutien et de conseil de la part du médecin. Ceci renforce la valeur de leur relation avec leur enfant et leur capacité à répondre aux éventuels problèmes de santé.

Les parents ont besoin de reconnaissance, de louange et de réassurance par rapport à leurs efforts. Leur apporter trop de recommandations ou de conseils peut aboutir à une attitude de retrait et de refus de communiquer.

2.3 Prise en charge médicale proprement dite : matériel indispensable au cabinet du médecin.

Le suivi médical du nourrisson et de l'enfant nécessite la surveillance de leur développement psychomoteur et de leur croissance staturo-pondérale (27).

Pratiqué en cabinet de pédiatrie ou en médecine générale, le suivi médical est techniquement semblable, avec une connaissance du tissu familial plus aisée par la fonction même du médecin de famille.

A chaque consultation, la surveillance comporte un contrôle des acquisitions, l'étude de la croissance en mesurant la taille, le poids et le périmètre crânien. La recherche d'anomalie permet d'avoir une attitude préventive.

Notre revue de la littérature ne nous a pas permis d'obtenir des réponses précises et spécifiques quant au matériel nécessaire et indispensable à tout pédiatre lors de son installation. Il semblerait que le praticien soit à même de juger selon ses connaissances et sa vision du suivi de la santé des enfants, le matériel utile à son exercice.

Chaque étape de l'examen clinique nécessite un matériel médical de base commun à chaque médecin et non spécifique à l'enfant en dehors de leur taille éventuelle (marteau à réflexe, stéthoscope pédiatrique, speculums d'otoscope, abaisse-langues de couleurs ou parfumés,...). La toise est d'aspect ludique, colorée, représentant des animaux ou autres personnages familiers. La balance ou le pese-personne peut être attrayant par le dessin de deux pieds colorés ou par une indication sonore du poids.

Le reste du matériel dépendra des orientations données aux différentes étapes de l'examen.

Ce suivi médical ne nécessite pas de gros moyens techniques. Il n'existe aucun référentiel consensuel sur l'équipement médical utile voir indispensable à l'examen clinique des enfants en médecine générale.

La liste suivante nous paraît être justifiée et suffisante :

- ✓ Matériel de base : un stéthoscope pédiatrique, un otoscope, un marteau à réflexes, un tensiomètre pédiatrique ;
- ✓ Matériel d'évaluation de la croissance staturo-pondérale : une balance enfant-adulte, un pèse bébé, une toise et un mètre de couturière ;
- ✓ Matériel d'évaluation du développement psychomoteur : objets sonores (boîtes de Moatti ou diapasons), une lampe de poche, des jouets de couleur vive, un imagier.

L'agencement du cabinet médical peut permettre la disposition d'un endroit destiné spécialement à l'examen clinique du nourrisson. Il serait près d'une source de chaleur afin de minimiser l'inconfort d'un examen clinique dénudé. Le froid gêne les enfants et peut altérer l'examen clinique. Un enfant qui a froid peut être coloré et marbré, simulant une cyanose en rapport avec une pathologie cardiaque ou respiratoire.

La luminosité doit être suffisante pour permettre un examen aisé des téguments sans agresser la vision du bébé. La table d'examen doit être suffisamment haute pour

faciliter la position du médecin et le maintien du bébé par le parent. Elle peut être substituée par un matelas à langer posé sur un plan de travail.

La présence d'un miroir sur le mur en regard de la table d'examen peut faciliter l'observation du bébé dans diverses positions tout en apportant une distraction satisfaisante et non négligeable.

Le reste du matériel est commun à l'examen d'un adulte et fait partie de l'équipement d'un cabinet de médecine générale. Nous citerons quelques exemples tels que :

- Un thermomètre (tympanique, rectal, frontal)
- Des abaisse-langues
- Une lampe pour l'examen buccal
- Un marteau à réflexe
- Des gants
- Un otoscope

Nous avons poursuivi cette recherche, en nous inspirant des divers cours donnés lors de l'enseignement du Diplôme interuniversitaire de Santé de l'enfant suivi à Nancy.

En effet, **le suivi de la vision des enfants** se fait chaque mois et ne nécessite la plupart du temps qu'une observation et un interrogatoire des parents et de l'enfant dès que possible.

D'après une étude menée par un groupe de pédiatres du GREPA NORD⁽⁵⁴⁾ effectuée en 1989 auprès de 700 enfants, le matériel utile au dépistage des troubles visuels de l'enfant doit être simple d'utilisation, peu coûteux et compatible avec les impératifs de temps du médecin.

Pour les deux premières années, la clinique seule est à promouvoir, éventuellement aidée par un *œil de bœuf de Daum*. Ensuite dès deux ans et demi, les auteurs proposent le *Scola test de Essilor* présenté comme une petite télévision

attrayante pour l'enfant, qui utilise l'échelle de Pigassou avec des lunettes obturatrices et des lunettes à +2 et +4 dioptries (Hypermétropies) afin de mesurer l'acuité visuelle.

Le dépistage des *micros strabismes* sera fait par le *test de Lang* indispensable au cabinet, représentant un stéréogramme nécessitant une vision binoculaire. Son intérêt est de dédramatiser les impressions de strabisme devant un pseudo strabisme. De surcroît, la normalité du test rassure les parents et le médecin et dans le cas contraire, la pathologie permet d'orienter vers l'ophtalmologiste sans retard.

Le dépistage des *dyschromatopsies* utilisera le *test du Baby dalton*.

Le dépistage des troubles auditifs est difficile à apprécier au cours des deux premières années et utilise des tests simples au cabinet du médecin. Ces tests ne nécessitent pas de matériel particulier en dehors des jouets de Moatti, boîtes imitant le bruit des animaux (vache, mouton, chat, oiseau) de fréquences croissantes (de 100 Hz à 9000 Hz). A partir de 3 ans le médecin peut utiliser le *test des mots avec indication d'images* tel que le *test d'Olivaux* représentant 25 images nommées à voix chuchotée par le médecin placé 1 mètre face à l'enfant. (27)

Mais c'est à 4 ans, lors de l'examen systématique effectué par le médecin de PMI en maternelle, que le dépistage s'affine par la réalisation du *test de balayage de fréquences*. Ce qui n'est plus du ressort du pédiatre libéral. D'ailleurs, le reste des examens spécifiques supposant un matériel sophistiqué ou de manipulation particulière seront effectués en centre spécialisé ou chez un ORL.

Le reste du matériel utile ou de nature décorative au cabinet est de la responsabilité du médecin seul ou des remarques éventuelles de sa patientèle.

La revue de la littérature ne nous a pas permis de trouver les outils indispensables à l'accueil de l'enfant. C'est pourquoi il nous a paru utile de développer ce sujet en cherchant quelle est la façon la plus optimale pour adapter l'environnement au développement psychologique de l'enfant.

3 –Enquête

3.1 Introduction :

Dans le but principal d'évaluer l'intérêt de l'accueil de l'enfant au cabinet du médecin généraliste, nous avons élaboré un questionnaire distribué à 354 médecins généralistes faisant partie d'UNAFORMEC.

Les objectifs de cette enquête étaient les suivants :

- Objectif principal : *Etablir un bilan de l'existant, c'est-à-dire :*
 - connaître le comportement des médecins généralistes vis-à-vis des enfants
 - connaître l'importance de leur expérience dans ce domaine
 - connaître les moyens matériels mis à la disposition des enfants

- Objectifs secondaires : *sensibiliser le médecin généraliste à l'importance de l'accueil et susciter des propositions libres des médecins.*

3.2 Matériel et méthode :

3.2.1 Elaboration du questionnaire :

Une étape importante de notre travail a consisté en l'élaboration d'un questionnaire adapté aux médecins généralistes installés.

Nous avons réalisé au préalable une enquête de faisabilité au cours du mois de novembre 2003 auprès de médecins en séminaires. Nous avons pu tester 30 questionnaires.

Nous nous sommes procuré la liste des médecins responsables de FMC et nous avons pu contacter 354 médecins. Nous avons joint au questionnaire un courrier explicatif ainsi qu'une enveloppe commune timbrée regroupant l'ensemble des réponses par groupe de FMC. L'envoi s'est déroulé au cours du mois de janvier 2004 avec demande de réponses impérativement pour le 1^{er} mars 2004.

3.2.2 Communication des résultats :

Les médecins responsables de FMC seront informés des résultats de cette enquête.

3.2.3 Présentation du questionnaire :

Ce questionnaire anonyme, renseigné en 15 minutes comporte quatre parties subdivisées en plusieurs questions et une boîte à remarques et à suggestions.

Il porte sur :

- L'attitude personnelle du médecin par rapport à l'accueil de l'enfant.
- L'intérêt que porte le médecin généraliste à l'aménagement d'un environnement favorable à l'accueil des enfants.
- La relation médecin enfant au cours de la consultation au cabinet de médecine générale.
- L'attente éventuelle des médecins sur une formation spécifique à l'accueil.

3.2.4 la lettre directive et le questionnaire :

Anne-Sophie ARTIS
106 B, Boulevard Emile Zola
54520 LAXOU

✦ Tel : 03/83/27/68/05
✦ e.mail : as.artis@free.fr

Laxou, le 15 janvier 2004

Madame, Monsieur,

Médecin généraliste remplaçante, j'effectue actuellement un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de Médecine générale menée avec « le département de médecine générale de la faculté de Nancy », sous la direction du docteur Jean-Marc BOIVIN et la présidence de M. le Professeur MONIN.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux de l'accueil de l'enfant en médecine générale. Il nécessite une enquête menée auprès de 200 à 300 médecins généralistes.

Compte tenu de l'évolution actuelle du nombre de médecins généralistes et de pédiatres, nous occupons maintenant une place de plus en plus importante dans le suivi des enfants. Ceux-ci ont besoin d'un environnement qui leur soit adapté, ce qui est sensiblement plus difficile à obtenir dans un cabinet de médecine générale.

Le questionnaire est anonyme et vous demandera une quinzaine de minutes.

Nous tiendrons informé des résultats de cette enquête, tous ceux d'entre-vous qui en formuleront la demande auprès du docteur Jean-Marc Boivin (jm.boivin@chu-nancy.fr).

Ce travail n'aura de valeur que si un grand nombre d'entre-vous y participent et nous vous remercions sincèrement par avance de prendre sur votre temps pour répondre à ce questionnaire impérativement avant le 1^{er} mars 2004.

Nous vous adressons nos sentiments les meilleurs.

Anne-Sophie ARTIS

Docteur BOIVIN
Directeur de thèse

3) Pensez-vous que la consultation du jeune enfant de 1an à 5 ans :

Fait « malheureusement » partie intégrante de notre activité	D'accord	Pas d'accord
Est relativement angoissante	D'accord	Pas d'accord
Diversifie agréablement notre activité	D'accord	Pas d'accord
N'est pas plus spécifique qu'une consultation d'adulte	D'accord	Pas d'accord
Relève du généraliste	D'accord	Pas d'accord
Relève du pédiatre	D'accord	Pas d'accord
Relève d'un travail conjoint	D'accord	Pas d'accord

4) Pensez-vous que la consultation d'un enfant de 5 à 15 ans :

Fait «malheureusement » partie intégrante de notre activité	D'accord	Pas d'accord
Est relativement angoissante	D'accord	Pas d'accord
Diversifie agréablement notre activité	D'accord	Pas d'accord
N'est pas plus spécifique qu'une consultation d'adulte	D'accord	Pas d'accord
Relève du généraliste	D'accord	Pas d'accord
Relève du pédiatre	D'accord	Pas d'accord
Relève d'un travail conjoint	D'accord	Pas d'accord

II- Environnement :

1) Avez-vous dans votre salle d'attente : *(entourez vos réponses)*

Un coin jeu pour enfant	Oui	Non
Des jouets	Oui	Non
Des livres pour enfants	Oui	Non
Des chaises pour enfants	Oui	Non
Des affiches murales spécialement destinées aux enfants	Oui	Non

Quelles affiches murales avez-vous :

2) Avez-vous dans vos locaux :

Un cabinet de toilette	oui	non
Une table à langer	oui	non
Un chauffe-biberon	oui	non

3) Avez-vous dans votre salle d'examen : (entourez vos réponses)

Un espace d'examen réservé aux enfants	Oui	Non
Une toise pour nourrisson	Oui	Non
Des couches et des lingettes	Oui	Non
Un stéthoscope pédiatrique	Non	Oui
Un tensiomètre pédiatrique	Non	Oui
Une balance	Non	Oui

Des peluches, des figurines en caoutchouc	Oui	Non
Un transat pour nourrisson	Oui	Non
Des jouets musicaux	Oui	Non
Un siège destiné à l'enfant	Oui	Non
Des affiches murales destinées aux enfants	Oui	Non

Autres détails :

III- la consultation :

4) Lorsqu'un enfant pleure en consultation d'après vous, cela peut être lié :

Au médecin	Oui	Non
Aux parents	Oui	Non
A l'enfant	Oui	Non

5) Lorsqu'un enfant pleure en consultation, que pensez-vous qu'il exprime :

De la peur	D'accord	Pas d'accord
De la souffrance	D'accord	Pas d'accord
De la faim	D'accord	Pas d'accord
De l'excitation	D'accord	Pas d'accord

Autre avis :

6) Pensez-vous que le médecin a un rôle à jouer pour limiter les pleurs de l'enfant ?
Oui / Non

7) Pensez-vous que les parents ont un rôle à jouer pour limiter les pleurs de l'enfant ?
Oui / Non

8) Les pleurs sont dus à la nature de la relation médecin enfant :(une seule réponse)
D'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas d'accord

9) Utilisez-vous des moyens personnels pour rassurer l'enfant dès son arrivée au cabinet?
Oui / Non
Si oui, lesquels :

10) Adoptez-vous un « truc » avec les enfants afin d'améliorer le relationnel avec eux au cours de votre examen médical ?

Oui / Non

Si oui, entourez--les : * imiter le bruit des oiseaux en examinant les oreilles

*examiner la poupée, le « doudou »

*chanter

*grimacer

*caresser

*autres « trucs »:

.....

11) Lors d'une consultation, à partir de quel âge vous adressez-vous directement à l'enfant ? ans

12) Tenez-vous compte de ce qu'il vous dit dans votre démarche diagnostique ?

Toujours / Jamais / Souvent / Parfois

13) Lorsque les parents vous amènent 2 ou 3 enfants en consultation, comment choisissez-vous leur ordre de passage :

C'est de votre propre décision	Oui	Non
C'est de la décision des parents	Oui	Non
C'est de la décision des enfants	Non	Oui
Cela dépend des situations	Non	Oui

14) Utilisez-vous un langage particulier avec les enfants (bobo, tétettes, menottes, boudotte...) :

O toujours / O parfois / O souvent / N jamais

15) Comment appelez-vous le plus souvent l'enfant au cours de chacune des classes d'âge suivantes : (entourez votre réponse)

P= prénom,

D= diminutif,

G= terme général (par exemple : puce, lapin, chéri, tarzan, loulou....)

* De 0 à 1 an : P - D - G *De 2 à 5 ans : P- D- G *De 8 à 12 ans : P- D- G

* De 1 à 2 ans : P -D -G * De 5 à 8 ans : P- D-

16) Tenez-vous compte des préférences de l'enfant pour choisir la galénique du médicament prescrit (sirop plutôt que comprimé) :

Toujours / Parfois / Souvent / Jamais

3.3 Résultats bruts :

3.3.1 Description de l'échantillon :

3.3.1.1 Age et sexe :

sexe	hommes	femmes
	71%	29%

Age : 45.96 ans écart type : 7.49

3.3.1.2 Mode d'exercice :

- Localité d'exercice :
 - Zone rurale : 30%
 - Zone périurbaine 26.5%
 - Zone urbaine 43.5%

- Modalité d'exercice : association : Oui 60 (47%)

- Stage chez le praticien avant l'installation : Oui 64 (50%)

- Vacances hospitalières : Oui 14 (11%)

- PMI : Oui 11 (9%)

- Pouvez-vous évaluer, combien avez-vous examiné la semaine dernière:

	aucun	1 à 3	4 à 10	Plus de 10
De nourrissons de 0 à 12 mois	4	48	46	25
D'enfants de 1 an à 15 ans	1	4	37	80

- Combien représentent en pourcentage de votre patientèle : (au moins 50 % des médecins ont répondu :)

Les nourrissons : 5 %

Les enfants de 1 à 15 ans : 20%

Les patients de 15 ans et + :70%

- Pensez-vous que la prise en charge médicale des enfants relève (réponses en %)

	oui	
Exclusivement d'un pédiatre	01	(0%)
Du généraliste	75	(59%)
Les deux selon les cas	109	(85%)

3.3.2 La consultation du nourrisson et de l'enfant :

- Pensez-vous que la consultation du nourrisson : (réponse en %)

	D'accord	
Fait « malheureusement » partie intégrante de notre activité	9	(7%)
Est relativement angoissante	11	(8.5%)
Diversifie agréablement notre activité	113	(88%)
N'est pas plus spécifique qu'une consultation d'adulte	36	(28%)
Relève du pédiatre	13	(10%)
Relève du généraliste	91	(71%)
Relève d'un travail conjoint	94	(73%)

- Pensez-vous que la consultation du jeune enfant de 1an à 5 ans :
(réponses en %)

	D'accord	
Fait « malheureusement » partie intégrante de notre activité	7	(5.4%)
Est relativement angoissante	6	(4.6%)
Diversifie agréablement notre activité	111	(86.7%)
N'est pas plus spécifique qu'une consultation d'adulte	40	(31%)
Relève du généraliste	102	(79.6%)
Relève du pédiatre	19	(14.8%)
Relève d'un travail conjoint	87	(68%)

- Pensez-vous que la consultation d'un enfant de 5 à 15 ans :
(réponses en %)

	D'accord	
Fait « malheureusement » partie intégrante de notre activité	7	(5.4%)
Est relativement angoissante	2	(1.5%)
Diversifie agréablement notre activité	103	(80.4%)
N'est pas plus spécifique qu'une consultation d'adulte	55	(43%)
Relève du généraliste	106	(82.8%)
Relève du pédiatre	19	(14.8%)
Relève d'un travail conjoint	69	(54%)

3.3.3 Le cabinet médical et son environnement :

- Avez-vous dans votre salle d'attente : (réponses en %)

	Oui	
Un coin jeu pour enfant	85	(66.4%)
Des jouets	87	(68%)
Des livres pour enfants	115	(89.8%)
Des chaises pour enfants	89	(69.5%)
Des affiches murales spécialement destinées aux enfants	56	(43.7%)

- Avez-vous dans vos locaux : (réponse en %)

	oui	
Un cabinet de toilette	120	(93.7%)
Une table à linge	55	(42.9%)
Un chauffe-biberon	9	(7%)

- Avez-vous dans votre salle d'examen : (réponse en %)

	Oui	
Un espace d'examen réservé aux enfants	56	(43.7%)
Une toise pour nourrisson	117	(91.4%)
Des couches et des lingettes	88	(68.7%)
Un stéthoscope pédiatrique	95	(74.2%)
Un tensiomètre pédiatrique	103	(80.4%)
Une balance	121	(94.5%)
Des peluches, des figurines en caoutchouc	84	(65.6%)
Un transat pour nourrisson	8	(6.2%)
Des jouets musicaux	65	(50.8%)
Un siège destiné à l'enfant	35	(27.3%)
Des affiches murales destinées aux enfants	46	(35.9%)

3.3.4 L'abord de l'enfant :

- Lorsqu'un enfant pleure en consultation d'après vous, cela peut être lié : (réponse en %)

	Oui	
Au médecin	116	(90.6%)
Aux parents	113	(88.3%)
A l'enfant	116	(90.6%)

- Lorsqu'un enfant pleure en consultation, que pensez-vous qu'il exprime :
(réponse en %)

	D'accord	
De la peur	122	(95%)
De la souffrance	86	(67%)
De la faim	71	(55.4%)
De l'excitation	83	(64.8%)

- Pensez-vous que le médecin a un rôle à jouer pour les limiter ?

Oui : 125 (97.6%)

- Pensez-vous que les parents ont un rôle à jouer aussi ?

Oui : 128 (100%)

- Les pleurs sont dus à la nature de la relation médecin enfant :

D'accord :	4	(3.1%)
Plutôt d'accord :	68	(53.1%)
Plutôt pas d'accord :	46	(36%)
Pas d'accord :	8	(6.25%)

- Utilisez-vous des moyens personnels pour rassurer l'enfant ?

Oui : 33 (25.8%)

- Adoptez-vous un « truc » avec les enfants afin d'améliorer le relationnel avec eux au cours de votre examen médical ?

Oui : 18 (14%)

Oui

* imiter le bruit des oiseaux en examinant les oreilles	10	(7.8%)
*examiner la poupée le « doudou »	82	(64%)
*chanter	15	(11.7%)
*grimacer	33	(25.78%)
*caresser	71	(55.46%)

- Lors d'une consultation, à partir de quel âge vous adressez-vous directement à l'enfant ? (réponse médiane) : 2 ans

- Tenez-vous compte de ce qu'il vous dit dans votre démarche diagnostique ?

Toujours	:	64	(50%)
Jamais	:	1	(0%)
Souvent	:	51	(40%)
Parfois	:	11	(8.6%)

- Lorsque les parents vous amènent 2 ou 3 enfants en consultation, comment choisissez-vous leur ordre de passage : (résultats en %)

	Oui	
C'est de votre propre décision	36	(28%)
C'est de la décision des parents	35	(27%)
C'est de la décision des enfants	61	(47.6%)
Cela dépend des situations	110	(86%)

- Utilisez-vous un langage particulier avec les enfants (bobo, tétettes, menottes, boudotte...) : (résultats en %)

Oui toujours	:	3	(2.3%)
Oui parfois	:	53	(41.4%)
Oui souvent	:	4	(3%)
Non jamais	:	67	(52.3%)

- Comment appelez-vous le plus souvent l'enfant au cours de chacune des classes d'âge suivantes :

P= prénom,

D= diminutif,

G= terme général (par exemple : puce, lapin, chéri, tarzan, loulou...)

* De 0 à 1 an	:	P	81	D	3	G	46
* De 1 à 2 ans	:	P	90	D	4	G	30
* De 2 à 5 ans	:	P	108	D	5	G	11
* De 5 à 8 ans	:	P	118	D	4	G	3
* De 8 à 12 ans	:	P	122	D	1	G	2

3.3.5 La prescription :

- Tenez-vous compte des préférences de l'enfant pour choisir la galénique du médicament prescrit (sirop plutôt que comprimé) (résultats en %)

Toujours	:	54	(42.2%)
Parfois	:	13	(10%)
Souvent	:	54	(42.2%)
Jamais	:	5	(3.9%)

- En cas d'intolérance aux médicaments (dégoût ou vomissements), menacez-vous l'enfant d'une décision thérapeutique spécifique (piqûre ou autre) si vous êtes dans une impasse thérapeutique : (résultats en %)

Toujours	:	1	(0%)
Parfois	:	18	(14%)
Jamais	:	108	(84.3%)

- Donnez-vous une récompense à la fin de la consultation : (résultats en %)

Toujours	:	23	(18%)
Parfois	:	65	(50.8%)
Jamais	:	31	(24.2%)
Uniquement si l'enfant a été sage :		7	(5.4%)

▪ Récompenses offertes : (résultats en %)

Friandise	:	62	(48.4%)
Petit jouet	:	37	(29%)
Ballon de baudruche	:	10	(12.8%)
Livre	:	17	(13.28%)
Ce qui vous tombe sous la main	:	21	(16.4%)
Diplôme en cas de vaccination	:	37	(29%)

3.3.6 La formation :

▪ Pensez-vous que les études médicales offrent une formation satisfaisante pour optimiser la relation médecin enfant: (résultats en %)

-Oui	:	37	(29%)
-Non	:	91	(71%)

-Si oui :

	oui	
Lors de mon stage chez le praticien	14	(10.9%)
Lors de mon stage en pédiatrie	29	(22.6%)
Tout au long de mon cursus médical	19	(14.8%)

▪ Pensez-vous qu'une formation spécifique, menée en collaboration avec des pédiatres, des pédopsychiatres et des psychologues d'enfants pourrait encore améliorer cette relation : (résultats en %)

-Oui	:	42	(32.8%)
-Oui peut-être	:	64	(50%)
-Non	:	18	(14%)

3.4 Analyse des résultats :

Nous avons reçu **128** réponses aux questionnaires, que nous avons analysées pour notre étude. Le taux de réponses est de **36.15%**.

3.4.1 Description de l'échantillon.

3.4.1.1 Age et sexe.

71.7% des médecins sont des hommes et 28.3% des femmes.

Dans notre étude, 7.9% des médecins ont moins de 35 ans, 34.6% entre 35 et 44 ans, 39.4% entre 45 et 54 ans et 18.1% 55 ans et plus.

L'âge moyen est de 45.9 ans pour l'ensemble de l'échantillon.

Les femmes sont plus jeunes que les hommes : 41.8 ans contre 47.6 ans ($p < 10^{-3}$).

Elles sont plus nombreuses dans les classes d'âge jeune (jusque 40-44 ans) que dans les classes d'âge supérieur.

Tableau n°1 : répartition en pourcentage des médecins généralistes par âge et par sexe.

	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>65	Effectif total	Fréquence**
Enquête									
Femmes	11.4	17.1	42.9	20.0	2.9	5.7	0	36	28.3 (4)
hommes	6.7	7.8	16.7	26.7	18.9	22.2	1.1	91	71.7 (4)
Référentiel*									
Femmes	11.6	25.4	26.5	19.5	11.9	4.2	0	445	19.2 (0.8)
hommes	4.7	10	18.8	22.9	27.1	11.4	3.3	1875	80.8 (0.8)

* référentiel : données CPAM année 2001 pour les médecins généralistes de la région de Nancy.

** fréquence en pourcentage, suivi de l'écart type.

3.4.1.2 Mode d'exercice.

La majorité des médecins généralistes interrogés exercent seuls leur activité libérale (53.1%).

48.6 % des femmes et 46.2% des hommes exercent en association.

D'après une étude du CREDES menée durant l'année 1992(2), 64.6% des médecins généralistes exercent en cabinet isolé, 77.7% ont un exercice libéral exclusif.

Parmi les médecins exerçant en association, les trois-quarts ont un associé, 18.5% en ont deux et plus. Certains cabinets comptent jusqu'à 5 associés.

Dans notre enquête, les généralistes exercent aussi bien leur activité à la ville, qu'en zone périurbaine ou rurale, que ce soient des femmes ou des hommes.

Il n'existe pas non plus de différence significative entre le lieu d'exercice et le mode d'association.

Tableau n°2 : répartition en fréquences selon le lieu d'exercice et le sexe.

	Zone rurale	Zone périurbaine	Zone urbaine	effectifs
femmes	29.7	32.5	37.8	37
hommes	30.7	24.2	45.1	91
total	30.4	26.6	43.0	128

Les femmes généralistes travaillent moins que leurs homologues masculins. Ceux-ci exercent leur activité plutôt pendant 6 jours et plutôt en zone urbaine.

Les médecins de notre échantillon ont un exercice libéral exclusif pour 81.2% d'entre eux (hors consultation en PMI, ou vacations hospitalières), indifféremment du sexe, de l'âge, du mode ou du lieu d'exercice du praticien.

Une faible partie (9.4%) exerce des vacations hospitalières dans divers domaines (alcoologie, recherche, gériatrie, diabétologie, nutrition, adultes et enfants polyhandicapés, urgences...). La même proportion (9.4%) a une activité en PMI.

A noter : un homme médecin de 43 ans exerce en plus de son activité libérale, des vacations hospitalières en pneumologie et des vacations en secteur de PMI.

Dans près de 90% des cas, les médecins travaillent 5 jours et plus, à leur cabinet et/ou en vacation hospitalière et consultation de PMI.

3.4.2 La consultation du nourrisson et de l'enfant.

Dans notre enquête, 57.7% des généralistes examinent au moins 4 nourrissons par semaine, et 65.4% plus de 10 enfants âgés de 1 an et plus.

Tableau n°3 : répartition en pourcentage des généralistes en fonction du nombre de patients examinés au cours d'une semaine.

	Aucun	1 à 3	4 à 10	>10
Nourrissons	3.3	39	37.4	20.3
0 à 12 mois				
Enfants 1 à 15 ans	1	3.3	30.3	65.4

Tableau n°4: répartition en pourcentage des généralistes en fonction du nombre de patients de moins de 16 ans examinés au cours d'une semaine.

	aucun	1 à 3	4 à 10	10 à 20	>20
Patients < 16 ans	1	3	1.5	44	50.5

50.5% des médecins de l'étude examinent plus de 20 patients de moins de 16 ans par semaine et 94.5% en voient au moins 10 en consultation ou en visite.

Cette jeune patientèle représente 25% des patients pour 54.5 % des cabinets libéraux de notre étude. Certains médecins (20%) ont une patientèle plus jeune, puisque cette tranche d'âge représente 35% ou plus des consultations réalisées (et même 65% pour un généraliste homme de 49 ans installé à la campagne).

A la question : « Pensez-vous que la prise en charge médicale des enfants relève exclusivement du pédiatre ? » les médecins ont unanimement répondu non (99.2%). 9 sur 10 pensent que pédiatres et généralistes doivent se partager la prise en charge selon les cas. Les 10% restants pensent que le généraliste est à même de tout traiter dans le cadre de la médecine libérale (hors pédiatrie hospitalière).

Tableau n°5 : fréquence en pourcentage des réponses à la question : « pensez vous que la consultation du ... ».

		nourrisson	Enfant de 1 à 5 ans	Enfant de 5 à 15 ans
Fait « malheureusement » partie intégrante de notre activité	Faux	93	94.5	95.5
Est relativement angoissante	Faux	91.5	95.3	98.5
Diversifie agréablement notre activité	Vrai	88	86.7	80.5
N'est pas plus spécifique qu'une consultation d'adulte	Faux	72	68.7	57
Relève du pédiatre	Faux	90	85	85
Relève du généraliste	Vrai	71	80	82.8
Relève d'un travail conjoint	vrai	73.5	68	54

3.4.3 Le cabinet médical et son environnement.

Près des deux tiers des cabinets médicaux possèdent au moins un coin jeux dans leur salle d'attente, des jouets, des chaises et des livres dans 9 cas sur 10.

La décoration murale n'est pas spécifique pour les enfants, seulement 44,8 % des salles d'attente proposent des affiches pour les plus jeunes des patients : dans un but pédagogique (lavage des mains, brossage des dents, vaccination, alimentation, ...), un but décoratif (animaux, paysages, ...), un but ludique (posters de films pour enfants, ...).

Des tables à langer sont parfois mises à disposition (43%) ainsi que des couches et des lingettes (68.3%), parfois des chauffe-biberons (7%).

6.3% des médecins disent ne pas posséder de cabinet de toilette.

Dans notre étude, nous constatons que :

*43,8% des cabinets ont un espace d'examen réservé à l'enfant.

*91,4% des cabinets possèdent une toise pour nourrissons.

*74,2% des médecins ont un stéthoscope pédiatrique, 80,4% ont un tensiomètre pédiatrique.

*94.5% ont une balance pour nourrisson.

Ce minimum requis (toise, stéthoscope pédiatrique, tensiomètre pédiatrique et balance) n'est présent que dans 61% des cabinets. Ainsi, 39% des médecins généralistes interrogés n'ont pas ces quatre instruments médicaux simultanément !

Les médecins possédant ces outils médicaux et disposant d'un espace d'examen réservé à l'enfant, représentent 25% de notre échantillon.

De même, nous constatons que 12 médecins ne possèdent pas de toise, 33 médecins n'utilisent pas de stéthoscope pédiatrique, 25 médecins n'ont pas de brassard pédiatrique adaptable à leur tensiomètre. Et enfin, 7 médecins interrogés ne disposent pas de balance pour nourrisson.

Quant au matériel secondaire de puériculture, nous constatons que :

*27.3% des médecins disposent de sièges destinés aux enfants.

*6.25% ont un baby relax à disposition des nouveau-nés.

Ainsi, seulement 1.56%, soit 2 médecins, sont en possession d'une toise, d'un stéthoscope pédiatrique, d'un tensiomètre pédiatrique, d'une table à langer, d'un siège pour enfant et d'un baby relax.

La décoration murale par des affiches ludiques ou informatives destinées aux enfants n'est présente que dans 36% des cabinets.

Pour distraire les enfants pendant l'examen, les généralistes ont à portée de mains des peluches (65.6%), des jouets musicaux (50.8%).

3.4.4 L'abord de l'enfant.

Pour 79% des médecins, lorsqu'un enfant pleure en consultation cela peut-être lié aux médecins, mais aussi aux parents ou même à l'enfant lui-même.

C'est la peur qui est le plus souvent à l'origine de ces pleurs (95.3%) : ils trouvent leur explication pour 57% des praticiens interrogés dans l'appréhension naturelle que peut ressentir l'enfant en allant au cabinet ou à son état de santé, d'autres évoquent la souffrance, la faim, l'excitation.

L'entourage et le médecin ont un rôle important à jouer pour reconforter l'enfant, comme en témoigne la réponse unanime des praticiens : 100%.

Le plus souvent le médecin s'adresse à l'enfant directement (67% des cas dès les 2 ans du patient).

La méthode la plus communément employée (64% des cas) pour dédramatiser la situation est d'examiner le « doudou » de l'enfant afin de lui expliquer les différentes étapes de la consultation.

Dans 52.7% des cas, l'enfant est appelé le plus souvent par son prénom : 65.3% chez les plus jeunes (0 à 1 an). Ce pourcentage augmente crescendo dans les classes d'âge supérieures pour atteindre 97.6% des cas chez les 8-12 ans.

3.4.5 La prescription.

Le plus souvent et suivant les indications, les médecins tiennent compte de la préférence de l'enfant pour choisir la galénique du médicament. Seuls 4% des généralistes imposent à l'enfant la forme du médicament, 42.8% prennent toujours en considération la demande de l'enfant et 42.8% l'écoutent le plus souvent.

En cas d'impasse thérapeutique, l'explication prévaut entre médecin et jeune patient, pour que celui-ci accepte le traitement (85%).

En fin de consultation, 18% des praticiens remettent systématiquement une récompense aux enfants, 51,6% leur en donnent parfois. Les friandises distribuées dans 48,4% des cabinets, 29% des médecins offrent de petits jouets, 13.28% des livres et 12.8% des ballons de baudruche. Le « diplôme de courage » n'est distribué que par 29% des médecins.

3.4.6 La formation.

Pour 71% des médecins, la formation initiale est insuffisante quant à l'approche de la relation médecin/enfant.

Les stages, lorsqu'ils ont été effectués chez le praticien ou dans un service de pédiatrie, ne répondent que partiellement à leurs attentes pour 43% d'entre eux.

Si une formation spécifique était menée en collaboration avec des pédiatres, des pédopsychiatres et des psychologues elle n'apporterait qu'une aide partielle aux généralistes : un tiers de ces derniers pensent que cette formation leur permettrait de

mieux aborder la relation praticien enfant, 51.6% émettent des doutes quant à son utilité, et 14.5% disent qu'elle n'apporterait rien de plus.

3.5 Discussion :

3.5.1 Biais et limites de cette enquête :

La méthode employée pour réaliser cette enquête ne donne pas une représentativité, au sens statistique du terme, de l'attitude et des points de vue de l'ensemble des médecins généralistes à propos de l'accueil de l'enfant, puisque l'échantillon concerné fut choisi par l'intermédiaire des responsables de FMC parmi les médecins inscrits à ces formations. Ainsi, nous pensons que ces derniers sont sensibilisés à l'importance de l'accueil de tout patient dans leur cabinet et donc de l'enfant en particulier.

Nous ne connaissons pas l'avis et la méthode de prise en charge de la santé de l'enfant des médecins ne faisant pas de FMC.

Le questionnaire permet de connaître les opinions et les comportements des médecins interrogés par rapport à l'accueil de l'enfant, ceci dans l'optique de donner une approche de leur capacité à améliorer la relation médecin enfant au cours de leur exercice quotidien.

Cette étude ne se veut que descriptive.

3.5.2 Discussion :

Notre échantillon semble être représentatif des médecins généralistes de la région de Nancy. En effet, la proportion d'hommes et de femmes de notre échantillon est sensiblement identique à celui du référentiel fourni par la CPAM en 2001 sur les médecins généralistes de la région de Nancy (15). Ainsi, le nombre de femmes interrogées est inférieur à celui des hommes.

Quant aux modalités d'exercice, de grandes disparités sont observées en fonction des priorités et des caractéristiques de chaque patientèle, comme en témoigne le rapport d'activité des médecins de notre échantillon.

Le lieu d'exercice, le sexe ou l'âge du médecin ne semblent pas influencer (statistiquement) le nombre de nourrissons ou d'enfants de moins de 16 ans pris en charge.

Notre enquête a permis de constater que les patients de moins de 16 ans représentent 25 % des patients pour 54.5% des cabinets. Cette constatation est confirmée par les données SNIR de la région de Nancy qui déclarent 20% de patients de moins de 16 ans suivis dans 50% des cabinets.

D'après une étude du CREDES (2), 4% des actes en médecine générale concernent des enfants de moins de 2 ans et 13.7% des enfants de 2 à 15 ans. L'âge des médecins aurait une influence sur la répartition des patients. Pour un médecin de 35 ans, 5.2% de patients ont moins de 2 ans et 16.3% ont entre 2 et 15 ans. Or notre étude n'a pas permis de confirmer cette influence.

Un communiqué du site de MG France (56), datant du *21 octobre 2003* présentait la prise en charge de la santé des enfants par le médecin généraliste en 3 points :

1. le suivi de la santé des enfants est assuré pour l'essentiel par les médecins généralistes. Avant 9 mois ils assurent 50% des actes, de 9 à 30 mois 66% des actes et 80% des actes de 30 mois à 7 ans.
2. le suivi de la santé des enfants peut faire intervenir un ou plusieurs médecins. Les médecins généralistes suivent 40% des 0 à 2 ans en exclusivité, alors que 5% ne sont suivis que par un pédiatre. Les 55% restants se partagent entre les deux. Les enfants de 0 à 16 ans sont suivis dans 79% des cas exclusivement par le généraliste.

3. le suivi de la santé des enfants est une part importante de l'activité des médecins généralistes, il représente 16.2% de leurs actes.

Ainsi, la pratique de la médecine générale implique des connaissances dans divers domaines et particulièrement en pédiatrie.

Les médecins généralistes semblent être sensibilisés à l'accueil de l'enfant au sein de leur cabinet. La notion d'amélioration de la relation médecin enfant lors des consultations est reconnue mais des efforts restent encore à faire dans ce domaine.

A la question : « Pensez-vous que la prise en charge médicale des enfants relève exclusivement du pédiatre ? », les médecins se sentent impliqués à part entière dans le suivi de la santé des enfants. Au vu des résultats, la consultation des enfants (0-15 ans) apparaît comme partie intégrante du travail des médecins généralistes. La prise en charge de leur santé est indissociable de l'activité d'un cabinet libéral et elle est appréciée de la plupart des praticiens même si l'examen est plus spécifique pour les plus jeunes des patients.

D'ailleurs notre enquête révèle que 99% des médecins généralistes pensent que le suivi de la santé des enfants n'est pas du ressort exclusif des pédiatres. 10% d'entre eux pensent même que le médecin généraliste peut assurer ce suivi sans aucune aide des pédiatres.

L'examen médical de l'enfant exige une prise en charge différente de celle d'un adulte. En effet, 72% des médecins pensent que l'examen des nourrissons demande des connaissances et une démarche médicale différente de celle qui est de rigueur chez l'adulte. En effet, la médecine infantile se distingue de la médecine d'adultes en raison de l'observation d'un organisme en développement et en transformation permanente.

En ce qui concerne l'équipement du cabinet du médecin généraliste, la majorité des médecins possèdent au moins une partie du matériel médical de base nécessaire à

l'examen des enfants (toise, balance, tensiomètre, stéthoscope) mais peu d'entre eux (43,8% soit 56 médecins) disposent d'un espace réservé à l'enfant au sein de leur cabinet de consultation.

En outre, seulement 32 médecins disposent du matériel minimum requis pour l'examen d'enfant et ont aménagé un espace d'examen spécifique à l'enfant. Ces « outils » utiles à l'examen des enfants de la naissance à l'adolescence sont parfois absents des cabinets, notamment le stéthoscope pédiatrique pour 33 d'entre eux, le brassard pédiatrique pour 25 d'entre eux, une toise pour nourrissons chez 12 médecins et l'inexistence de pèse bébé chez 7 médecins de notre échantillon ! Nous sommes étonnés de ces manquements et nous nous interrogeons sur leur raison. Est-ce par manque de place, défaut d'utilisation, ou par souci d'économie ?

En revanche, nous avons constaté que l'équipement des cabinets de généralistes (mise à disposition d'une table à langer, de couches et de lingettes, présence d'un espace d'examen réservé aux enfants) va de pair avec une patientèle importante de nourrissons.

L'étude de la littérature nous a permis de constater l'importance de la création d'un « coin nourrisson » dans la pièce de consultation. Un plan d'examen de taille réduite bénéficiant d'un éclairage efficace mais de faible puissance, une température ambiante adaptée au déshabillage complet et un décor chaleureux et ludique suffiraient à créer un espace spécifique à l'enfant sans efforts matériels insurmontables.

Nous avons obtenu peu d'éléments sur l'agencement des salles d'attentes lors des diverses recherches littéraires et lors de notre enquête. En effet, les 2/3 des cabinets ont un coin jeu dans leur salle d'attente mais peu de décorations ludiques et

de confort à disposition des mamans et de leurs nourrissons (table à langer, lingettes, couches, transat...).

Notre enquête n'a pas permis de mettre en évidence une quelconque influence du sexe, de l'âge ou de la pratique d'un stage en pédiatrie ou en cabinet, sur l'importance accordée au matériel et au décor destinés à l'accueil de l'enfant.

En dehors de ces considérations matérielles, les médecins semblent attentifs à l'aspect relationnel de la consultation d'enfants. Malheureusement, l'approche de l'enfant est abordée de façon succincte dans notre enquête, et ne peut être que partiellement comparée aux données de la littérature.

Il nous a semblé important d'interroger les médecins sur leur attitude face aux pleurs des enfants, qui représentent des situations fréquentes et répétitives en médecine générale.

Ainsi, les pleurs de l'enfant sont le plus souvent interprétés comme conséquence d'une angoisse de l'enfant liée à la peur de l'étranger, au souvenir d'une injection précédente, et parfois d'une douleur et d'une fatigue.

De plus, la totalité des médecins participent au réconfort de l'enfant en recherchant une mise en confiance. Appeler l'enfant directement par son prénom est une attitude employée par 52.7% des médecins, surtout pour les enfants âgés de 8 à 12 ans.

S'adresser à l'enfant directement dès le début de la consultation contribue à l'impliquer davantage dans le suivi de sa santé et dans la relation avec son médecin.

Tous les auteurs accordent une importance particulière à la parole donnée et à l'écoute portée au petit patient dès la naissance. Malheureusement, seulement 27% des médecins de notre enquête s'adressent à l'enfant de moins de 1 an.

La plupart des médecins ne s'adressent à l'enfant qu'à l'âge de 2 ans.

Quant au langage employé lors de l'examen clinique de l'enfant, la majorité des médecins utilisent un vocabulaire simple et direct sans abuser de mots enfantins et caricaturaux. Pour débiter une relation médecin/enfant-patient dans de bonnes conditions, le langage employé doit être clair et simple. Le vocabulaire enfantin n'encourage pas l'enfant à s'investir dans la relation et de surcroît à se considérer comme personne à part entière face au médecin.

Un des objectifs de ce travail était de rechercher des attitudes particulières, obtenues selon l'expérience de chaque médecin, pour aborder l'enfant de zéro à douze ans. La curiosité nous a poussés à interroger les médecins sur les « trucs » employés dans leur pratique quotidienne et non enseignés en faculté.

Nous aurions souhaité obtenir plus d'originalité et de pertinence dans les réponses accordées à l'utilisation de « trucs » au cours de l'examen afin d'améliorer la relation médecin enfant. En effet nous constatons que la plupart des médecins s'emparent du fameux « doudou » pour mimer l'examen sans préciser d'autres attitudes plus personnelles, telles qu'imiter le chant d'un oiseau pour examiner les tympans ou l'utilisation d'un nez de clown par exemple.

Cet aspect de la relation médecin enfant en médecine générale est peu développé dans notre revue de la littérature. La plupart des médecins s'inspirent de leur propre expérience et de leur vie familiale. Ceci nous paraît être un point sensible et intéressant à développer au cours de la pratique quotidienne du médecin généraliste. La plupart d'entre eux évoquent l'importance de la parole, des gestes, du sourire avant de débiter leur examen.

Quant à la prescription, elle ne semble pas être standardisée et se fait en accord avec l'enfant et ses parents. Les médecins prennent en considération la parole de l'enfant et son avis pour 85.6% d'entre eux.

Les menaces de piqûres ou d'hospitalisation n'ont plus cours. Si elles surviennent, ce sont souvent les parents qui les profèrent.

La récompense de fin de consultation n'est pas systématique. Seuls 18% des médecins la pratiquent à chaque fois. Elle garde son intérêt en cas de difficultés propres à la consultation et aux gestes douloureux obligatoires. Le courage des enfants est alors salué et reconnu par le médecin. Ceci ne fait que conforter l'enfant et valoriser son implication dans le suivi de sa santé. Nous constatons malheureusement que les friandises sont les récompenses les plus données (48.4%).

Comme le révèlent certains médecins, l'attitude d'empathie peut suffire à saluer le courage de l'enfant et à flatter son ego. Un discours positif et des paroles de félicitation apportés en fin de consultation et déclarés ouvertement devant les parents enrichissent la relation médecin enfant sans provoquer une frustration. Les parents reconnaissent ainsi leur enfant comme un patient à part entière. La remise d'un diplôme de courage en cas de vaccination prend ici toute sa valeur.

La phase finale de notre enquête portait sur l'utilité d'une formation spécifique à la relation médecin enfant en complément des acquisitions passées. Nous constatons que 51.6% des médecins sont peu favorables à cette idée ; 14.5% d'entre eux y sont même opposés. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de relation entre les stages de pédiatrie et de médecine générale pratiqués et le souhait ou le refus de cette formation supplémentaire.

Les commentaires les plus pertinents concernant cette formation affirmaient l'importance des ressources personnelles du médecin qu'elles soient dues à son expérience professionnelle ou familiale avec ses propres enfants.

Il est clair que pour l'ensemble des médecins, la meilleure formation est celle du terrain.

3.6 Tableau de synthèse selon les stades de développement de l'enfant :

Age	Attitudes de l'enfant Points de repères	Jeux et jouets	Matériel utile au cabinet médical (salle d'attente et cabinet)
1 mois	<p>Suit des yeux un objet qui se déplace jusqu'à la ligne médiane</p> <p>Regarde de face un visage</p> <p>Réagit aux bruits</p> <p>Relève la tête en position ventrale</p> <p>Attachement parent bébé</p>	<p>Mobile de couleurs vives</p> <p><u>Jouets de couleurs vives</u></p>	
2 à 3 mois	<p>Suit du regard au-delà de la ligne médiane</p> <p>Tourne la tête et les yeux vers un bruit</p> <p>Lève la tête à 45° en position couchée</p> <p>Vocalise</p> <p>Sourire en réponse</p> <p>Regarde ses mains, tient le hochet, le regarde</p> <p>Attachement, reconnaît ses parents</p>	<p><u>Hochet</u>, boulier tendu en travers du berceau, anneaux colorés</p>	<p><u>Baby relax</u></p>
4 à 5 mois	<p>Nouvelles acquisitions motrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soulève haut la tête en position couchée et le torse en appui sur les mains. ▪ Se balance d'avant en arrière ▪ Se tient assis avec soutien, tête bien maintenue <p>Suit à 180°</p> <p>Reconnaît les personnes familières</p> <p>Sourit, rie aux éclats, gazouille.</p> <p>Tient brièvement un hochet, saisit les objets et les porte à la bouche.</p>	<p>Jouets en caoutchouc ou en <u>plastique souple</u> à mordre, jouets sonores</p>	<p>Tapis de sol</p> <p>Tableau d'éveil</p> <p>Musique</p>

Age	Attitudes de l'enfant Points de repères	Jeux et jouets	Matériel utile au cabinet médical (salle d'attente et cabinet)
6 à 8 mois	Angoisse de séparation angoisse de l'étranger Autonomie motrice : <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assied seul +ou- ▪ Supporte en partie son poids ▪ Se balance d'avant en arrière et d'arrière en avant ▪ Maintient sa tête ▪ Passe un objet d'une main à l'autre Se tourne vers un bruit Cris aigus	<u>Jeu de clés en plastique</u> Boîte à musique Attrape ses pieds	<u>Jouets en plastique</u> pour faciliter leur désinfection. Pas de jouets en bois propice aux transmissions de germes pathogènes.
8 à 10 mois	Attachement tenace Autonomie motrice lui permettant d'explorer son environnement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assied seul ▪ Tire pour se lever ▪ Rampe ▪ Marche à quatre pattes ▪ Transfère correctement ▪ Saisit un petit objet entre le pouce et l'index ▪ Se met debout avec appui Fait coucou Répète des syllabes (ba, ma, pa, ta, da), dit 3 mots à 10 mois Répond à son nom Fait « au revoir » et « bravo »	Marionnettes Tape deux cubes l'un contre l'autre Jette les jouets au sol Joue à coucou Mets un objet ds une boîte	<u>Tapis de sol</u> antidérapant Maison ludique avec formes géométriques à emboîter. <u>Parc</u> dans la salle d'attente (se met debout)
10 à 15 mois	Recherche d'autonomie croissante. Accès de colère. Déambule, marche (en phase d'acquisition), avec soutien puis seul. Préhension en pince Dit 5 mots à 15 mois.	Joue à remplir, vider et à empiler des <u>cubes</u> ; Jouets à tirer ou à pousser Boîtes de couleur vive	Cheval à bascule Brouette <u>Protection des prises de courant</u> <u>Protection des portes</u> (jointure en plastique)

Age	Attitudes de l'enfant Points de repères	Jeux et jouets	Matériel utile au cabinet médical (salle d'attente et cabinet)
18 mois	Angoisse de l'étranger à son apogée. Autonomie motrice : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Court sur la pointe des pieds, monte un escalier ▪ Lance une balle au-dessus de la tête ▪ Pousse du pied un objet ▪ Tourne les pages ▪ Utilise une cuillère ▪ Gribouillage spontané Dit 6 à 8 mots Identifie les parties du corps	Empile deux cubes S'intéresse aux images Aime les jouets à tirer et à pousser	<u>Bibliothèque comprenant des albums adaptés aux différents âges</u>
24 mois	Activité motrice constante : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monte et descend seul un escalier ▪ Coups de pieds au ballon ▪ Saute à pieds joints ▪ court Tient un gobelet de façon sûre. Utilise des possessifs (mon, ton...) des pronoms (moi, toi...) Associe plusieurs mots en une phrase Début de la continence	Empile quatre cubes Imité les adultes Balle Jeu de construction puzzle Figurines (animaux, personnages) petites maisons	<u>Cabinet Toilettes :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ de taille adaptée à l'enfant ▪ poignée de porte basse ▪ un tabouret marchepied pour atteindre le lavabo
3 ans	Début d'interaction avec ses pairs Entrée à l'école maternelle Activité motrice : <ul style="list-style-type: none"> ▪ marche sur la pointe des pieds ▪ lance une balle ▪ se déshabille seul ▪ pédale partage les jouets	Tricycle Etabli avec boulons et écrous S'intéresse aux livres et questionne sur les images	Un portemanteau

Age	Attitudes de l'enfant Points de repères	Jeux et jouets	Matériel utile au cabinet médical (salle d'attente et cabinet)
4 ans	Interaction avec ses pairs Identité de sexe Relations médecin enfant Recherche d'autonomie Marche sur les talons Saute à cloche pied Reproduit un carré Opposition des doigts Connaît son âge, son nom	Crayons de couleurs Pâte à modeler Ciseau Dînette Poupée et ses accessoires	
5 ans	Facilité de séparation Interactions avec ses pairs ses camarades Identité de sexe fixée Marche sur la pointe des pieds S'habille et se déshabille seul Raconte une histoire simple Commence à comprendre le vrai/faux Les règles des jeux Définit des plaintes somatiques Grimpe aux arbres Utilise « hier », « demain » Compte 4 objets	Puzzle Outils Perles	<u>Matériel à dessin</u> Petit berceau de poupée Poupée Dînette
6 ans	Relation avec les pairs Influence des camarades Conscience de son corps Gambade Attache ses lacets Indique le jour de la semaine	Fait un puzzle de plus de 10 pièces. Aime les déguisements Fait du vélo Corde à sauter Aime les livres	

Age	Attitudes de l'enfant Points de repères	Jeux et jouets	Matériel utile au cabinet médical (salle d'attente et cabinet)
8 ans	Déclaration d'indépendance Interaction avec les pairs Influence des camarades Attrait pour le meilleur ami du même sexe Confrontation avec l'autorité Progrès scolaires Opérations concrètes Modifications physiques pré pubertaires Interaction médecin enfant Saute deux fois sur chaque pied Opposition des doigts A des activités extra scolaires, des préférences, des passe-temps	Jeux de société Sports collectifs Instrument de musique en loisir parascolaire S'occuper d'un animal de compagnie	<u>Bibliothèque comprenant des livres de question/réponse</u> <u>Revue de la presse de jeunesse</u> Aquarium (plantes aquatiques et poissons)
10 ans	Augmentation des responsabilités Puberté précoce Education sexuelle		

4. Vers un outil standardisé de l'accueil de l'enfant

La relation patient médecin est culturellement fondée sur un lien entre un patient venant consulter pour un avis, un médecin possédant le savoir et apportant ses connaissances, son soutien en tant que responsable de la santé de ses patients. En conséquence le patient peut se soumettre sans s'impliquer dans la relation. Le médecin est formé pour avoir une approche diagnostique et thérapeutique plus technique que relationnelle.

Ainsi la relation médecin patient peut aboutir à une non implication du patient et à une inobservance de la prescription.

Une relation purement technique peut frustrer le patient. Il a besoin de faire mûrir inconsciemment cette relation pour en être pleinement satisfait.

Le médecin abordera plusieurs étapes successives pour aboutir à une prescription avec suivi éventuel :

- 1) accueil
- 2) anamnèse
- 3) examen médical
- 4) démarche diagnostique
- 5) prescription

4.1 La salle d'attente :

La phase d'accueil consiste à appréhender et à prendre en compte l'individualité de chaque enfant. Elle est soumise à la sensibilité de chacun et n'a pas de véritable technique.

La négligence de cette étape voire son absence peut avoir des conséquences néfastes. Si l'enfant est contrarié à son arrivée au cabinet et que le médecin ne prend

pas le temps de le mettre à l'aise et en confiance, l'examen sera difficile. L'enfant sera moins expressif ou plus réticent à se livrer ce qui peut aboutir à une difficulté de diagnostic.

« La salle d'attente est partie intégrante de la thérapeutique » (14)

La particularité de l'examen de l'enfant est qu'il se pratique en compagnie d'un ou des parents la plupart du temps. Ainsi, la relation implique plusieurs personnes et le médecin doit « plaire » à l'enfant concerné mais aussi aux parents.

Les parents sont aussi, dans la plupart des cas, patients du médecin et seront sensibles à l'ambiance générale du cabinet médical. Ils seront en confiance et capables d'exprimer leurs troubles et leur envie de se soigner.

La salle d'attente peut refléter l'image du médecin avant même le premier entretien. Elle doit permettre à l'enfant et à ses parents de s'approprier les lieux et de s'y sentir à l'aise et détendus. Si l'éclairage est faible, les sièges inconfortables et les revues anciennes et déchirées, alors les parents ou l'enfant d'âge scolaire auront l'idée d'un médecin peu moderne, peu intéressé par l'actualité. Ce qui peut n'être qu'un manque de soin pourra être interprété comme un désintéressement de la clientèle et de son confort ce qui ne favorisera pas la patience. En revanche, un décor varié permettant un choix pour le regard ; un mobilier adapté aux différents âges (sièges de hauteur variable recouverts de coussins colorés) ; ne sont que des éléments positifs pour le confort et la sérénité des petits patients. La qualité des lectures offertes ainsi qu'une variété importante de jeux et de matériels ludiques traduit le souci du médecin pour le confort des enfants. Ces premières impressions peuvent influencer l'avis des parents et des enfants porté envers le médecin. Ainsi, ils pourraient modifier leurs demandes en fonction de ce qu'ils pourraient percevoir des qualités de dialogue et d'accueil du médecin.

4.2 De la salle d'attente au bureau de consultation :

L'accès au bureau doit être facile et doit permettre le passage éventuel de poussettes ou landau souvent indispensables aux parents surtout lorsque les frères et sœurs les accompagnent.

La présence d'un cabinet de toilette est indispensable. Il doit être indiqué (flèches de couleur, dessins sur la porte...), propre, fourni en savon, papier hygiénique, essuie-mains ; d'accès aisé pour les enfants, avec présence éventuelle d'un matelas à langer ainsi que de lingettes pour les nourrissons.

L'arrivée du médecin dans la salle d'attente peut conditionner l'entrée dans son bureau.

En effet, une entrée discrète la tête par l'entrebâillement de la porte avec un regard furtif, un visage distrait sans salutation ni sourire ne présage pas d'un climat propice à l'empathie.

En revanche, une entrée franche, calme, le regard dirigé vers le patient suivant, le visage souriant, la voix calme et posée saluant les autres patients favorisent l'échange et la confiance lors de la consultation et peut faire oublier l'attente précédente ou un éventuel retard du médecin. Ceci influencera l'état émotionnel de l'enfant ou du nourrisson sensible au ressenti de sa maman.

4.3 La consultation :

Le patient, quel que soit son âge, essaiera de s'approprier les lieux pour s'y sentir à l'aise.

La présence de dessins d'enfants sur les murs peut avoir un effet bénéfique sur les mamans et les enfants rendant le médecin plus accessible

Proposer du geste le choix d'un siège pour s'asseoir facilite le dialogue. Pouvoir poser ses habits sur un porte-manteau et se recoiffer devant un miroir participe à la mise en confiance de l'enfant.

L'enfant sera attiré par la présence d'un coffre à jouets, d'un coin jeu apportant une touche de détente et de chez-soi. Quelquefois l'enfant s'approche du bureau et s'empare d'un objet posé dessus ce qui signifie que l'enfant s'approprie l'espace et s'y sent détendu. La présence de posters, de tableaux ou d'objets décoratifs peut permettre d'engager la conversation et de parler d'autre chose.

Si le dialogue s'engage avec l'adulte à propos de l'enfant, le médecin peut écouter la mère tout en questionnant l'enfant. C'est avec l'enfant déjà en confiance que le dialogue débutera instantanément. Ainsi, l'adulte sera en position de témoin de la relation médecin enfant. En revanche le médecin restera attentif aux réactions de l'adulte et ne l'exclura pas de la consultation.

Lors d'une consultation avec demande de soins pour plusieurs enfants, le médecin aura intérêt à examiner le moins craintif en premier pour rassurer les autres.

Les expériences passées peuvent avoir créé une angoisse chez l'enfant qu'il sera nécessaire de connaître avant de commencer. Ainsi l'interrogation des parents sur la façon dont leur enfant aborde la consultation aura un impact sur le déroulement de l'examen.

Un enfant prêt à participer pose des questions, s'approche de la table d'examen et touche les instruments à sa portée. Il regarde le médecin et se détache volontairement de ses parents. Toutes ces observations sont importantes et facilitent l'abord de l'enfant.

Une fois l'examen débuté l'enfant doit être averti de ce que fait le médecin. Celui-ci s'efforcera d'employer un vocabulaire adapté au niveau de développement de l'enfant. Les informations seront apportées petit à petit sans précipitation.

Chaque geste sera fait lentement en évitant les mouvements brusques.

Chaque intention du médecin devra être énoncée clairement, par exemple : « je voudrais que tu t'allonges et que tu sois calme. »

En cas de geste douloureux ou agressifs envers l'enfant, le médecin devra être honnête et franc tout en ménageant l'appréhension de l'enfant. Par exemple affirmer : « je vais te faire une piqûre, tu auras peut-être un peu mal mais cela ne durera pas longtemps », et ensuite proposer une récompense devant son courage et sa participation. (22)

A la fin de la consultation, prévenir l'enfant et le parent que l'examen touche à sa fin. Il est important de laisser l'enfant et ses parents s'exprimer et poser d'éventuelles questions. Remercier un enfant de sa coopération durant l'examen peut apaiser ses peurs et ses angoisses.

4.4 Tableau de synthèse selon les stades de développement psychoaffectif de l'enfant et croquis :

Ages	Matériel médical et de <i>puériculture</i> indispensable, souhaitable et conseillé.	Matériel récréatif et ludique, indispensable Souhaitable et <i>conseillé</i>	Examen clinique : attitudes conseillées pour aborder l'enfant
De 0 à 6 mois	Pèse-bébé, centimètre ruban, toise pour nourrisson, petits abaisse-langues, Stéthoscope pédiatrique et otoscope avec embouts pédiatriques, œil de bœuf, boîtes de Moatti.	Hochet, jouets de couleur vive, en plastique souple, anneau de dentition	Sourire Douceur de la voix Toucher caressant Mains chaudes Présence proche de la mère
De 6 à 12 mois	<i>Baby relax, matelas à langer, couches et lingettes, mobile musical, thermomètre électronique.</i>	Cubes colorés de différentes tailles Tableau d'éveil	Laisser l'enfant manipuler les instruments médicaux Agiter un objet, chanter, imiter le bruit d'un avion, le chant d'un oiseau pour le distraire.
De 12 à 36 mois	Idem. <i>Siège pour l'enfant, marchepieds pour accéder à la table d'examen, miroir, tapis de sol anti-dérapant, cache-prise.</i>	Cheval à bascule Jouets sur roulettes ballon	Contact progressif, sur les genoux de la mère. Examiner le « doudou » en 1 ^{er} Gestes lents et doux Parler d'une voix douce
De 3 à 6 ans	Pèse-personne, toise murale, stéthoscope et otoscope standards, imagier pour l'évaluation de l'audition, test de Lang, le baby dalton, lunettes obturatrices, échelle de Pigassou. <i>Table et chaises de petite taille</i>	Livres d'images Puzzle Crayons de couleur et papier à dessin	Dialoguer, lui parler comme « à un grand ». Le faire participer à l'examen, en tenant le stéthoscope ou choisissant l'abaisse-langue par exemple.
De 6 à 12 ans	Idem <i>Diplôme de courage Médailles de félicitation</i>	Livres de questions/réponses Globe terrestre Posters animaliers Ou cinématographiques	Lui laisser le choix de se déshabiller ou non Expliquer ses gestes et le déroulement de l'examen Le féliciter de vive voix en cas de vaccination ou autre geste invasif.

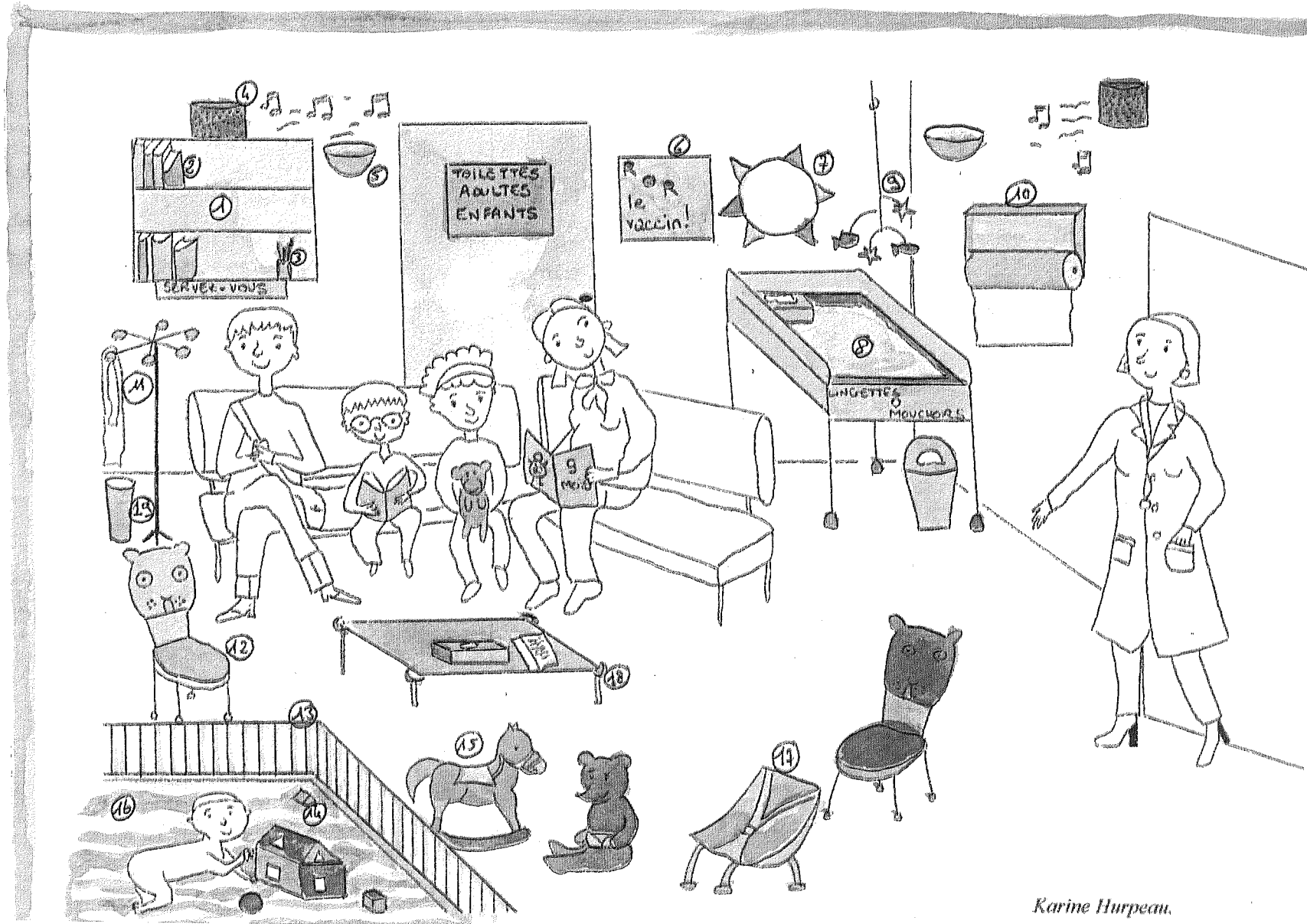
Une salle d'attente idéale

Légende :

1. Bibliothèque
2. lectures destinées aux enfants
3. crayons de couleurs
4. enceinte
5. luminaires inaccessibles aux enfants
6. affiches murales destinées aux enfants
7. miroir mural ludique
8. table à langer (lingettes et mouchoirs)
9. mobile coloré
10. rouleau à papier
11. portemanteau
12. petite chaise
13. parc à jeux
14. jouets en plastique
15. cheval à bascule
16. tapis de sol antidérapant
17. baby relax
18. protèges coins de table
19. porte parapluies

Indispensable : cache-prise de courant, protège - porte.

Ajout possible : aquarium, vidéo.



Karine Hurpeau.

Un cabinet de consultation médicale idéal

Légende :

1. poster destinés enfants
2. pèse-bébé
3. petits abaisse-langue
4. miroir
5. table à langer
6. rouleau à papier
7. toise pour nourrisson
8. mobile coloré
9. brassard pédiatrique
10. marchepieds
11. pèse-personne
12. toise murale
13. mobilier réservé aux enfants
14. jouets
15. baby-relax
16. pot à crayon
17. bonbons
18. centimètre-ruban
19. otoscope avec embouts pédiatriques
20. stéthoscope pédiatrique
21. boîte de Mouatt
22. hochet



Karine Hurpeau

5 Conclusion

Le développement du nourrisson et de l'enfant est complexe. Les pédiatres et pédopsychiatres n'ont pas toujours la même vision des étapes de développement psychoaffectif de l'enfant, mais il est possible de retrouver une ligne de conduite commune. Ainsi, Françoise Dolto a pu synthétiser ces points de vue et conseiller une prise en charge pratique et cohérente.

La consultation médicale doit s'adapter à la personnalité du nourrisson et de l'enfant.

L'enfant doit se retrouver dans un environnement le plus rassurant possible pour que l'examen soit facilité.

Le médecin généraliste doit alors acquérir une formation spécifique qui requiert des connaissances particulières spécifiques en matière du développement psychologique de l'enfant.

Il devra veiller à ce que l'environnement soit le plus adapté à l'enfant de 0 à 12 ans.

Notre enquête a permis de mettre en évidence une réelle carence en matériel médical et ludique destiné à l'enfant. Pourtant le médecin généraliste considère que la consultation pédiatrique est enrichissante et source d'une grande satisfaction personnelle. Certains d'entre eux expriment même un certain plaisir à suivre des enfants au cours de leur évolution physique et cognitive.

Nous pensons que cette carence en matériel adapté est due à un manque de connaissances du développement psychologique de l'enfant et du matériel nécessaire à une relation optimale médecin/ enfant patient.

Cette carence s'applique également au matériel médical et aux objets (jouets...) dont l'absence du cabinet, reflète certainement un défaut d'information.

Ce travail de thèse devrait permettre de fournir aux médecins généralistes un outil utile à l'examen des enfants âgés de zéro à douze ans dans le but d'améliorer la relation médecin/enfant-patient essentielle en médecine libérale.

6-Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE :

1. ANAES ; Service d'évaluation Hospitalière
La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé/ Revue de la littérature médicale. Septembre 1996.
Paris : ANAES, 1997.-55p.-(évaluation hospitalière)

2. AGUZZOLI F., LE FUR P., SERMET C.
Clientèle et motifs de recours en médecine libérale : France 1992
Paris : CREDES, 1994.-1008., 343p.-(Rapport du CREDES biblio, 1008).

3. ARNAUD Ludovic
L'enfant turbulent en consultation de Médecine Générale.
Th : Med. : Paris VII, Bichat: 1991; n°10.

4. AUDOIN Luc, Martine ORLEWSKI
Du patient au client, l'art de fidéliser la clientèle médicale
Paris : MMI Edition, 1992.- 194p.-(collection Médistratégie)

5. BIDAL Françoise
Le médecin généraliste face aux difficultés de l'enfant
Th : Med. : Montpellier 1 : 1991 ; n°17

6. BOIVIN Jean-Marc, AUBREGE Alain, MULLER COLLE Françoise, DE KORWIN Jean-Dominique.
Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région lorraine.
Rev.Prat.Med.Ge., 2003, 17, 604, 293-297.

7. BOURRILLON A. et coll.
Pédiatrie pour le praticien. -4°éd.
Paris : Masson, 2003.-681p.-(Abrégé Masson Pour le Praticien)

8. BOZENA Michalak
Le suivi de l'enfant par le médecin généraliste de la naissance au 24^o mois.
Bilan d'une enquête auprès de 35 médecins généralistes. -64p.
Th : Med. : Aix Marseille 2 : 1995 ; n°28

9. BRAZELTON T.B., KEVIN NUGENT J.
Echelle de Brazelton; évaluation du comportement néonatal
Genève : Médecine et Hygiène, 2001.-400p.

10. BRAZELTON T.B.
Points forts. Tome 1- De la naissance à 3 ans.
Paris : stock-Laurence Pernoud, 1993.- 607p.- (collection Parents
Enfants)

11. BUCHER Huguette
Approche de la personnalité de l'enfant par l'examen psychomoteur.
Paris : Masson, 1973.-172p.

12. CANDILIS-HUISMAN Drina
Naître, et après? Du bébé à l'enfant.
Paris : Gallimard, 1997.-160p.- (Découvertes gallimard)

13. CASAGRANDE Christine
Organisation d'interactions dyadiques de nourrissons de 4/5 mois.
Reykjavik : Human behaviour Laboratory, 1994.-76p.

14. CORDIER Martine, WONG HEE KAM Marie-Josée
Un P'tit plus pour un p'tit coin. Un regard nouveau du médecin de PMI.-
49p.
Mem. : D.U. Santé publique : Nancy I : 1990.

15. CPAM
Démographie et activité des professions de santé en 2001 en secteur libéral.
Fichier extrait du CDROM SNIR 3, 2004.

16. DARVES J-Marc, CHARPENTIER Liliane, HEPAUT Pierre
Le médecin face à ses patients ; mieux communiquer avec ses patients
et optimiser son organisation »
Paris : Chirion, 1997.-92p.

17. DAVID Olivier
L'accueil de la petite enfance : Services et aménagement du territoire.
Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 1999.-243p. (Espaces et
territoires).

18. DEPAULIS Alain
Clinique de la demande en consultation infantile
Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1992.-115p. (Collection
« psychologie et psychanalyse »)

19. DOLLANDER Marianne, Claude de TYCHEY
La santé psychologique de l'enfant- fragilités et prévention
Paris : DUNOD, 2002.-243p.

20. DOLTO Françoise
Les étapes majeures de l'enfance
Paris : Gallimard, 1994.-389p.-(Collection Folio/Essai).

21. DOLTO Françoise
Tout est langage
Paris : Gallimard, 1994.-269p.-(Collection Folio/Essai).

22. ENGEL J.
Guide de Poche d'examen pédiatrique.- 3^oéd.
Paris : Port Royal Livres ; Berti, 1999.-373p.-(Collection Guide de Poche).

23. FABRE J., MORABIA A., ASSAL JP., STALDER H(Genève)
Analyser les effets de la relation médecin malade
Revue médicale de la Suisse Romande, 1994, 114, 1-, p33-39.
24. FERRARI Pierre, SPERENZA Mario, RAYNAUD J-P, TORDJMAN S.,
KOCHMAN F., BONNOT O.
Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
Paris : Flammarion médecine-sciences, 2002. -257p.
25. FRESSE Pascal
La thérapie par le rire en Pédiatrie. -152p.
Th. : Méd.: Nancy 1 : 2002 ; n°46.
26. FRESSON Jeanne
Les relations entre médecins généralistes et services de PMI. »-143p.
Th. : Méd.: Nancy 1 : 1988 ; n°108.
27. GAY B., LE GOAZIOU M.-F., BUDOWSKI M., DRUAIS P.-L.,
GILBERG S. [Collège national des Généralistes Enseignants]
Médecine Générale
Paris : Masson, 2003.-388p.-(Abrégé, connaissances et pratique).
28. GRANDSENNE Philippe
Bébé, dis-moi qui tu es.
Paris : Bayard Editions, 1994.-250p.-(Médecine Education).
29. GRANDSENNE Philippe
Bébé, raconte-moi tes premières fois.
Paris : Bayard Edition, 1996.-271p.-(Médecine Education).
30. GRIOT Elisabeth
Les consultations d'enfants en médecine générale.
Rev.Prat.Med.Ge., 1998, 12, 421, 24-31

31. HOEKELMAN Robert et BATES Barbara
Guide de l'examen clinique en pédiatrie. Extrait du « Guide de l'examen clinique » -2^oéd.
Paris : medsi ; St hyacinthe, Québec : Edisem, 1985.-68p.
32. HOUTMAN Fonds
Plaidoyer pour l'enfant, vers une culture de l'enfance.
De boech&Belin, 2000.
33. HUOT-MARCHAND Martine
Parole autour de l'enfant ; témoignage sur une pratique de soins relationnels en PMI.
Nancy : Gérard Louis éditeur, 1995.-174p.
34. IANDOLO Constantino
Guide pratique de la communication avec le patient –techniques, art et erreurs de communication.
Paris : MMI Editions, 2001.-192p.-(Collection Médistratégies).
35. JOUENET François, Alain HENOCQ
Du nouveau-né au nourrisson ; recherche fondamentale et pédiatrie : colloque recherche et pédiatrie, Rouen, 13 et 14 octobre 1989.
Paris : Presses Universitaires de France, c 1991.-244p.-(croissance de l'enfant, genèse de l'homme ; 20).
36. LEBEL Alain
Observer les bébés : qu'en retire le clinicien ?
Collection prisme 2000
Montréal : Edition Montréal Hôpital Sainte Justine, 2000.-234p.-(collection prisme).
37. LEOVICI Serge- SOULE M
La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. 2^oéd.
Paris : Presses Universitaires de France, 1972.-631p.-(le fil rouge. Section 2 Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant).

38. LERVAT Christelle Irène
Le Jeu de l'enfant et le pédiatre/ A propos d'une enquête menée auprès des
42 pédiatres installés en Meurthe et Moselle.-153p.
Th. : Med.: Nancy I : 1995; n°158.
39. LETOURMY Alain
Etude de la pratique médicale du généraliste en médecine libérale de
cabinet : rapport principal : formulation d'un modèle de comportement du
médecin de ville.
Paris : Centre de recherche sur le Bien-être (CEREBE), 1977.-111p.
40. LEVY-SOUSSAN Pierre
Psychiatrie.
Paris : Med-Line/ ESTEM, 1994.-398p.
41. LIAUDET JC
Dolto expliquée aux parents.
Paris : L'Archipel, 1998.-350p.
42. MANSOUR Sylvie
L'enfant et le jeu ; les fonctions du jeu, ses limites, ses dérives.
Paris : SYRUS, 1994.-185p.
43. MONTAGNER Hubert
L'enfant acteur de son développement.
Paris : STOCK Laurence Pernoud, 1993.-273p.
44. MOREAU Alain
Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin malade ?
Rev. Prat. Méd. Ge., 1999, 42, 477, 1835-1838.
45. MUCCHIELLI Roger
L'entretien de face à face dans la relation d'aide.
Paris : ESF éditeur, 1996.-170p.-(collection Formation Permanente)

46. PLOYET Jean-Louis, BREMOND Mireille, PAPOIN Jean
La consultation pédiatrique : du premier mois à l'entrée au collège.
Paris : Masson, 2001.-270p.-(collection pédiatrie au quotidien).
47. POUCHAIN D./ C.ATTALI/ J.de BUTTLER/ B.GAY/ J.MOLINA/
P.OLOMBEZ/ J-L.ROUY.
Médecine Générale : concepts et pratiques, à l'usage des étudiants, des
enseignants et des praticiens de la discipline/ Collège national des
généralistes enseignants.
Paris : Masson, 1996.-1025p.
48. S.ALGRANATI Paula
Examen clinique de l'enfant-comment recueillir l'anamnèse et examiner un
enfant.
Traduction et adaptation française de Jean-Luc Pradel
Paris : Editions Pradel, c 1998.-204p.-(traduit de : the pediatric patient).
49. SPYCKERELLE Y., J.P. DESCHAMPS
Quelques aspects de la santé de l'enfant en Lorraine.
Vandoeuvre-les-Nancy : Association Régionale pour le progrès des
conditions de vie et de la santé, 1984.-217p.
50. Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile
(S.N.M.P.M.I.)
Le nouveau-né et ses parents : de l'attente à l'accueil lors de la naissance/
Rôle des professionnels de PMI. XIX° COLLOQUE ; Paris 26-27 novembre
1993.
Paris : SNMPMI, 1993.-211p.
51. TALLON Anne
Analyse des consultations d'enfants dans le cadre d'une réorganisation du
service de PMI. Etude portant sur 11 consultations de PMI de Côte d'Or au
cours du premier semestre 1995. »
Mém. :D.U. Santé publique : Nancy I : 1995 ; 63p.

52. TOURETTE Catherine, GUIDETTI Michèle
Introduction à la psychologie du développement/ Du bébé à l'adolescence.
-2^oéd.
Paris : Armand Colin, 2002.-252p.-(cursus série psychologie).
53. TSITERA Elisabeth
Le rôle du médecin de crèche.-85p.
Th : Med. : Nancy I : 1982; n°77.
54. WALBAUM Olivier
Examen de la vue du jeune enfant, expérience du GREPA Nord (France)
Revue Médicale de la Suisse Romande, 1999, 119, 2, 121-127.
55. WALLON Henri
L'évolution psychologique de l'enfant.
Paris : Armand Colin, 1968.-200p.-(Collection Prisme)
56. WWW. medsyn. fr/mgfrance
Les médecins généralistes et le suivi des enfants.
Fédération française des médecins généralistes.
Communiqué du 21 octobre 2003.



VU

NANCY, le 10 mai 2004
Le Président de Thèse

Professeur P. MONIN

NANCY, le 28 mai 2004
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 2 juin 2004

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Le suivi des enfants fait partie intégrante de l'activité du médecin généraliste.

La relation médecin/enfant conditionne le bon déroulement des consultations, mais les enfants ont aussi besoin d'un environnement adapté à leur âge et à leur personnalité.

Nous avons réalisé en janvier 2004, auprès de 128 médecins généralistes lorrains, une enquête dont l'objectif était de connaître leur attitude vis-à-vis de l'accueil de l'enfant et de l'aménagement d'un environnement favorable.

Les médecins semblent attentifs à l'« outil » relationnel, mais une réelle carence en matériel ludique apparaît et 39% d'entre eux ne possédaient pas le matériel médical pédiatrique minimum.

Des connaissances insuffisantes sur le développement psychoaffectif des enfants, probablement par manque d'information et de temps, expliqueraient-elles à elles seules le déficit en matériel médical ?

Ce travail pourrait être un outil destiné aux médecins généralistes désirant améliorer l'accueil de l'enfant dans leur cabinet.

TITRE EN ANGLAIS

“ The way a child is taken in by the General Practitioner. The relationship between the general practitioner and the sick child, after a survey carried out among 128 general practitioners in Lorraine.”

THESE: MEDECINE GENERALE - ANNEE 2004

MOTS CLEFS: -Médecins Généralistes
-Accueil de l'enfant
-Enquête
-Relation Médecin Enfant

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
