



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'examen du 24<sup>ème</sup> mois en médecine générale :  
entre obligation et conviction**

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 2022 à 16h  
au Pôle Recherche

**Par Pauline HEINTZ**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Dominique TURCK**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Anne-Marie REGNIER**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Sylvie LE TARNEC**

---

## AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leur auteur



## LISTE DES ABREVIATIONS

- AUEC : IVG/CPEF : attestation universitaire d'étude complémentaire : interruption volontaire de grossesse/ centre de planification et d'éducation familiale
- B4 : bilan de 4 ans
- CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
- CS24 : certificat du 24<sup>ème</sup> mois
- DU : diplôme universitaire
- DIU : diplôme inter-universitaire
- FAYR-GP : association française des jeunes chercheurs en médecine générale
- FMC : formation médicale continue
- GROUM.F : groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IMC : indice de masse corporelle
- M-CHAT : modified checklist autism for toddlers
- MG : médecin généraliste
- MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
- PCO : plateforme de coordination et d'orientation
- PMI : protection maternelle et infantile
- TND : troubles du neuro-développement
- TSA : troubles du spectre autistique

# TABLE DES MATIERES

RESUME.....	7
INTRODUCTION.....	8
MATERIEL ET METHODE.....	11
▪ Approche théorique	
▪ Participants	
▪ Recueil des données	
▪ Analyse des données	
▪ Journal de bord	
▪ Aspects éthiques et réglementaires	
▪ Recherche bibliographique	
▪ Grille de qualité de la recherche qualitative	
RESULTATS.....	15
▪ La pratique de l'examen du 24 <sup>ème</sup> mois, une histoire d'interprétation de l'obligation	
▪ La pratique de l'examen du 24 <sup>ème</sup> mois, une histoire de représentation de l'âge de 2 ans dans le suivi de l'enfant	
▪ La pratique de l'examen du 24 <sup>ème</sup> mois, c'est travailler avec une part d'inconnu	
▪ La pratique de l'examen du 24 <sup>ème</sup> mois, c'est faire face à un sentiment d'envahissement	
▪ La pratique de l'examen du 24 <sup>ème</sup> mois, c'est marcher seul	
▪ La pratique de l'examen du 24 <sup>ème</sup> mois, c'est se placer dans une relation ambivalente avec les parents	

- La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est passer de l'émotion à l'action

DISCUSSION.....33

- Résultats principaux
- Forces de l'étude
- Limites de l'étude
- Comparaison à la littérature et perspectives

CONCLUSION.....50

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....52

ANNEXES.....56

## RESUME

**Contexte** : les 1000 premiers jours d'un enfant correspondent à une période charnière de sa vie. Les actions précoces sur sa santé et son environnement auront un impact sur son devenir. Au terme des 1000 jours, le rôle des médecins généralistes est de réaliser l'examen du 24<sup>ème</sup> mois et de remplir un certificat, dont les données ne s'avèrent pas assez contributives. Lors des bilans réalisés à 4 ans par la PMI, de nombreux troubles sont découverts. Pourtant, les données actuelles concernant les troubles du neuro-développement précisent l'existence de signes d'alerte plus précoces. Des troubles découverts à 4 ans ont alors pu échapper au repérage précoce de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois.

**Objectif** : explorer les facteurs influençant la pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois par les médecins généralistes du Pas-de-Calais.

**Méthode** : une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée de décembre 2020 à février 2022 jusqu'à suffisance des données. Le codage manuel et triangulé de neuf entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Pas-de-Calais a permis l'émergence d'un modèle explicatif.

**Résultats** : l'examen du 24<sup>ème</sup> mois était perçu avec des interprétations variées de l'obligation. La représentation que les médecins avaient de l'étape de l'âge de 2 ans orientait leurs pratiques. Ils pouvaient se sentir indifférents pour l'âge de 2 ans ; l'examen les envahissait, les isolait. Ils pratiquaient dans l'incertitude avec leurs propres alertes et entraient dans une relation ambivalente avec les parents. S'ils considéraient l'âge de 2 ans comme un âge primordial dans son développement, c'est qu'ils avaient exprimé des états émotionnels, comme la peur ou la crainte, à l'origine d'une prise de conscience et d'une remise en question de leurs pratiques. Des changements et des actions avaient été opérés. Ils s'approprièrent l'examen et devenaient convaincus.

**Conclusion** : ces résultats permettraient aux médecins généralistes de porter un regard sur leurs pratiques, ils pourraient permettre aux autorités scientifiques de pouvoir se placer au plus près de la réalité du terrain et ils permettraient de repenser la place des parents dans l'examen. Le but commun étant la santé de l'enfant et de l'adulte de demain.

# INTRODUCTION

La période « **Les 1000 premiers jours : là où tout commence** », allant du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant, est une période sensible pour son développement et essentielle à son devenir (1).

Les spécialistes de la petite enfance s'accordent sur la nécessité de surinvestir cette période (1). Des interventions précoces et des pratiques préventives tendent à créer un environnement physique, psycho-affectif et nutritionnel propice à la bonne santé de l'enfant (2). Cette période constitue une véritable opportunité pour améliorer la santé future de l'individu. La santé publique en a fait une priorité. Les « 1000 jours » concernent tous les enfants et tous les milieux (1).

Pour surveiller le développement physique, sensoriel, psychomoteur et affectif de l'enfant, ainsi que pour dépister précocement toutes anomalies de développement, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi un certain nombre de recommandations (3–5).

Elle préconise de s'appuyer sur différentes grilles mises à disposition, dont celles du carnet de santé (Annexe 1) et des formulaires de la plateforme de coordination et d'orientation (PCO) (Annexe 2). Elle recommande de mettre en place des interventions précoces, voire d'orienter l'enfant vers une consultation ou une structure spécialisée (4).

Pour réaliser un suivi optimal de l'enfant, l'outil de référence est le carnet de santé.

Le code de la santé publique (SP) prévoit 13 examens médicaux au cours des deux premières années (6).

Trois examens, considérés comme particulièrement importants à 8 jours, 9 mois et 24 mois, donnent lieu à la rédaction d'un certificat depuis la loi du 15/07/1970 à destination de la PMI et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour identifier les enfants susceptibles de recevoir une aide personnalisée et permettre une surveillance sanitaire et sociale de la population (7).

L'examen du 24<sup>ème</sup> mois, correspondant au terme de la période des 1000 jours, est identifié dans le carnet de santé depuis plus de 60 ans, mais son contenu a changé à plusieurs reprises (Annexe 3). Outre le contrôle des vaccinations, son objet est la surveillance de la croissance staturo-pondérale et de la santé globale de l'enfant. Quatre items sont prévus pour le dépistage visuel (Annexe 1). Un test à la voix et un test d'audiologie quantitative sont à renseigner pour le dépistage auditif. Enfin, 8 items sont aujourd'hui prévus pour l'évaluation du développement psychomoteur et affectif de l'enfant. Ils explorent les 4 domaines de développement : la motricité, la coordination, le langage et la socialisation (8). Depuis 2018, les items « joue à faire semblant », « sollicite un adulte/une autre personne » et « pointe du doigt » ont été ajoutés pour explorer le champ des troubles du spectre autistique (TSA) (Annexe 1). Par ailleurs, pour préparer la consultation, un espace est dédié aux parents pour recueillir des informations sur le mode de vie de l'enfant.

Le suivi médical de l'enfant n'est pas réservé qu'aux pédiatres. En effet, la pédiatrie libérale connaît un recul démographique et les médecins généralistes assurent 79% des consultations des enfants de 2 ans (9).

Le rôle des médecins généralistes étant de coordonner les soins, de veiller au bon développement de l'enfant et d'assurer une prévention personnalisée (10), ils ont ainsi toute leur place dans le suivi du développement des enfants durant leurs 1000

premiers jours. Ils se trouvent au cœur des obligations et des recommandations HAS, malgré une formation initiale moins longue et moins spécialisée que les pédiatres (11).

Pour identifier les enfants présentant des troubles à la fin de la période des 1000 jours, les résultats émanant des certificats du 24<sup>ème</sup> mois (CS24) ne sont pas contributifs, car le taux de retour national est faible depuis plusieurs années. Il n'est que de 25% en 2017 dans le Pas-de-Calais. Ce faible taux ne donne pas d'informations concluantes sur le nombre de dépistages réalisés.

Pour recueillir des données sur leur santé, il faut alors attendre le bilan des 4 ans prévu par le code de santé publique et réalisé en maternelle par la PMI (12).

Dans le Pas-de-Calais en 2020, les résultats de ce bilan de santé sont représentatifs car il couvre 87% de la tranche d'âge (13).

Chaque année, plus de 5000 troubles du langage, de la vision et du comportement ou de l'adaptation scolaire sont dépistés dans le Pas-de-Calais à 4 ans (13). Or, au regard des connaissances sur le neuro-développement, des signes d'alerte étaient présents dès 2 ans (14) et semblent avoir échappé au repérage précoce.

Ainsi, malgré les obligations, les recommandations et les nombreux outils proposés aux médecins, la démarche de dépistage précoce semble rester complexe et difficile.

Il était donc intéressant de rencontrer les médecins généralistes du Pas-de-Calais pour comprendre leur pratique et leur niveau de sensibilisation face à un enfant de 2 ans.

L'objectif de cette étude était d'explorer les facteurs influençant la pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois par les médecins généralistes du Pas-de-Calais, examen clôturant la période des 1000 jours.

# MATERIEL ET METHODE

## **APPROCHE THEORIQUE**

Cette étude qualitative a été inspirée de la méthode par théorisation ancrée, conçue par Glaser et Strauss en 1967 (15). Elle avait pour but de théoriser un phénomène à l'étude à partir de données empiriques de terrain.

Elle a été inductive, la chercheuse est partie du terrain pour aboutir à un modèle explicatif ; elle a été itérative car elle imposait la simultanéité entre collecte de données et analyse, grâce à des allers-retours permanents entre le terrain et la théorisation ; enfin, cette étude a utilisé la comparaison constante de chaque nouvelle donnée du terrain avec les données précédentes (16).

Elle n'a pas visé la représentativité mais l'exemplarité concernant le phénomène étudié.

## **PARTICIPANTS**

Le terrain de l'étude était les médecins généralistes libéraux installés dans le Pas-de-Calais, ayant une activité pédiatrique. Aucun médecin n'a refusé de participer à l'étude pour absence d'activité pédiatrique.

En début de recherche, 15 médecins ont été contactés par téléphone, au hasard via l'annuaire Ameli. Aucun appel n'a abouti à un entretien, par désintérêt, refus ou par manque de temps lié à la pandémie de Covid-19.

Deux médecins, connus de la chercheuse, ont accepté un entretien suite à une demande par message.

Trente courriers ont ensuite été envoyés, grâce à l'annuaire Ameli, dans différents territoires du Pas-de-Calais. La chercheuse voulait faire varier le milieu d'exercice et le sexe. Deux médecins ont contacté la chercheuse et accepté un entretien.

Pour 4 entretiens, les coordonnées des médecins ont été données à la chercheuse grâce à une connaissance commune. Ces 4 médecins, sollicités pour se rapprocher de l'échantillonnage théorique, ont accepté.

Enfin, un médecin a été contacté via son site internet, dans le cadre de l'échantillonnage théorique, car la chercheuse avait lu un carnet de santé rempli par ses soins.

La chercheuse a transmis une lettre d'information à tous les participants (Annexe 4).

## **RECUEIL DES DONNEES**

Un guide d'entretien a permis de définir les différentes notions à aborder (Annexe 5). Il n'a pas été testé au préalable, hormis avec la directrice de thèse. Il a été modifié à plusieurs reprises au cours de l'étude, les versions ayant évolué en fonction du codage des entretiens et des hypothèses intermédiaires. Il est resté très malléable et s'est adapté aux médecins généralistes.

La chercheuse a mené des entretiens individuels semi-dirigés. Ils ont été réalisés en présentiel dans le cabinet du médecin généraliste et en dehors de leur plage de consultation. Les conditions de l'entretien ont été prédéfinies par le participant. La

chercheuse s'est présentée comme médecin généraliste remplaçante et a pu s'adapter facilement.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'option dictaphone du téléphone de la chercheuse. En s'assurant de l'anonymisation, elle les a intégralement retranscrits sur Microsoft Word®, les silences, les rires et les hésitations y ont été annotés. Les retranscriptions ont été systématiquement proposées aux participants, un seul a souhaité l'obtenir.

## **ANALYSE DES DONNEES**

Chaque entretien a été analysé par la chercheuse suivant le codage ouvert, axial et sélectif. L'étape finale a été l'émergence d'un modèle explicatif.

Tous les entretiens ont été détaillés et triangulés avec la directrice de thèse.

Aucun logiciel d'aide à l'analyse de données n'a été utilisé, car la technique d'analyse manuelle sur papier ou sur Microsoft Word® a été préférée et considérée comme efficace.

Au bout de 9 entretiens, la chercheuse et la directrice de thèse ont estimé que la suffisance des données semblait atteinte, devant l'absence de nouvelles informations utiles à l'émergence de la théorie dans les deux derniers entretiens.

## **JOURNAL DE BORD**

Plusieurs journaux de bord ont été utilisés pendant le travail de recherche. La chercheuse y a consigné tout son cheminement réflexif, ses notes de terrain.

## **ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES**

Les participants ont donné leur consentement oral et éclairé en début d'entretien.

Après la retranscription anonymisée, les enregistrements audio ont été supprimés.

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été réalisée en décembre 2020 et enregistrée le 12/01/2021 sous le numéro 2020-253 (Annexe 6).

Ce travail de recherche était « hors loi Jardé » et n'a pas eu besoin d'un avis du comité de protection des personnes (CPP).

## **RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE**

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de plusieurs moteurs de recherche sur internet : PubMed®, Cairn, CISMef, Google Scholar, Pépite, Sudoc ainsi que la littérature grise. Elle a été effectuée pendant tout le travail de recherche. Les références ont été consignées sur le logiciel Zotero®.

Les termes utilisés étaient : 1000 jours, examen obligatoire enfant, dépistage enfant, troubles du neuro-développement, retard de développement, médecin généraliste.

## **GRILLE DE QUALITE DE LA RECHERCHE QUALITATIVE**

La chercheuse s'est inspirée de la synthèse des grilles de qualité, issue du livre *Initiation à la recherche qualitative en santé* écrit sous la direction de Jean-Pierre LEBEAU (Annexe 7), pour garantir la qualité scientifique de ce travail qualitatif.

# RESULTATS

## CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS ET DES ENTRETIENS

Au total, neuf médecins généralistes libéraux du Pas-de-Calais ont été interrogés. Les entretiens se sont déroulés sur une période de quatorze mois, de décembre 2020 à février 2022.

La durée moyenne des entretiens était de 51 minutes (de 27 minutes à 1h46 minutes), avec 7h30 d'entretiens au total.

MG / Durée entretien	Sexe	Age	Durée d'installation	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	MSU	Formations complémentaires	Autres activités	Parent
<b>M1</b> 36 min	F	32 ans	5 ans	Cabinet de groupe	Semi- urbain	Bientôt	AUEC IVG/CPEF	CPEF	Oui
<b>M2</b> 27 min	M	33 ans	4 ans	MSP	Urbain	Oui	Formations pédagogiques, directeur de thèse, association FMC	Non	Oui
<b>M3</b> 46 min	M	39 ans	5 ans	Cabinet de groupe	Urbain	Non (mais un externe une fois)	Non	Non	Oui
<b>M4</b> 48 min	M	64 ans	34 ans	Cabinet de groupe	Semi- urbain	Oui	Compétence en pédiatrie et gériatrie	Médecin coordinateur en EHPAD, médecin expert	Oui
<b>M5</b> 46 min	M	34 ans	4 ans	Seul	Semi-rural	Non (mais un externe une fois)	Non	Non	Oui
<b>M6</b> 43 min	M	63 ans	30 ans	Seul	Semi-rural	Oui	Non	Fait partie d'associations	Oui
<b>M7</b> 39 min	M	35 ans	6 ans	MSP	Semi-rural	Pas d'interne mais reçoit des externes	Non	Non	Oui
<b>M8</b> 1h46 min	M	45 ans	1 an	Seul	Urbain	Non	DU médecine du sport	Médecin du sport	Oui
<b>M9</b> 1h05 min	M	36 ans	7 ans	Seul	Semi-rural	Non	AUEC pédiatrie, DIU connaissances à la pratique quotidienne en médecine générale, DU HTA, AUEC Bien vieillir	Non	Oui

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

## FACTEURS INFLUENCANT LA PRATIQUE DE L'EXAMEN DU 24<sup>ème</sup> MOIS PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU PAS-DE-CALAIS

### A. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, une histoire d'interprétation de l'obligation

#### 1. « Obéir » aux spécialistes ayant prévu cet examen

Les médecins généralistes faisaient confiance aux données scientifiques établies par des spécialistes et s'exécutaient : *« j'imagine que s'ils (les questionnaires) sont là c'est qu'il y a un intérêt neuro-pédiatrique (...). Donc je leur fais confiance, si ces items sont sur le carnet c'est qu'il y a eu des études qu'il fallait qu'ils y soient » (M7).*

#### 2. Faire son devoir

Les médecins remplissaient l'examen du 24<sup>ème</sup> mois sur le carnet de santé *« tout le temps » (M5).*

Respecter son devoir permettait aux médecins d'avoir *« la conscience tranquille » (M4)* et de se sentir protégés sur le plan médico-légal : *« je peux me dire que j'ai tout coché. Après si c'est pas ça on pourra pas m'en vouloir » (M9), « je suis anxieux au niveau médico-légal, j'ai pas envie d'avoir des emmerdes » (M4).*

#### 3. Transférer l'obligation aux parents

C'était le rôle des parents de prendre rendez-vous pour l'examen obligatoire : *« c'est les parents qui prennent les rendez-vous, ce n'est pas moi qui dis » (M3).* Les médecins faisaient alors face à plusieurs types de réactions : *« ils font très attention,*

*ils viennent même un mois avant » (M4) ou « Ils ne viennent pas et on va pas leur courir après » (M5).*

L'obligation semblait plus utile pour les parents que pour les médecins : *« c'est important, peut-être plus pour les parents que pour les médecins » (M6).*

#### 4. Penser que l'obligation correspondait au remplissage du certificat du 24<sup>ème</sup> mois

Ils estimaient que l'obligation concernant le remplissage du certificat justifiait la majoration du prix : *« Pour moi, c'est pour justifier la majoration, voilà c'est ce qui permet de le faire » (M1).*

Ils se sentaient sollicités pour participer à l'épidémiologie : *« c'est un outil statistique au niveau de la population générale, c'est de l'épidémiologie, donc moi j'ai rien à dire, je le fais, c'est tout » (M2).*

Des médecins avaient une interprétation fragile de l'obligation. Ils étaient prêts à changer leur pratique lorsqu'ils apprenaient le faible pourcentage des retours du certificats du 24<sup>ème</sup> mois : *« Ah bah fallait me le dire avant [rire]. Je ne vais plus les remplir » (M8).*

#### 5. Ne pas se préoccuper de l'obligation

Un médecin, ne jugeant pas nécessaire cet examen, s'affranchissait de l'obligation de cette consultation : *« C'est jamais une consultation dédiée à ça, jamais, jamais » (M6).*

Un médecin ne remplissait plus le certificat du 24<sup>ème</sup> mois car son envoi n'était plus lié à la Caisse d'allocations familiales : *« du moment que c'est plus obligatoire, vous*

*croyez qu'on a le temps de remplir des papiers ? » (M4). Le rôle du certificat restait mal connu : « je sais pas à quoi il sert » (M9), « Pourquoi on le remplirait ? » (M4).*

## **B. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, une histoire de représentation de l'âge de 2 ans dans le suivi de l'enfant**

### **1. Faire de l'âge de 2 ans un événement**

Des médecins généralistes exprimaient faire un examen particulier à l'âge de 2 ans, « *c'est un examen à part entière* » (M4). L'âge de 2 ans représentait une étape importante dans le suivi de l'enfant : « *C'est une étape importante, j'en suis convaincu* » (M4). Ils considéraient le 2 ans comme l'âge du dernier examen de prévention et le mettaient alors en avant : « *Le 2 ans maintenant il devient encore plus important* » (M8).

Certains médecins connaissaient la période des 1000 jours, et en faisaient la promotion : « *vous avez pas vu dans ma salle d'attente j'ai une affiche ? (...) c'est la période où tout se met en place. Je m'y intéresse* » (M9).

### **2. Être indifférent à l'étape de l'âge de 2 ans**

Des médecins expliquaient que l'enfant bénéficiait d'un suivi longitudinal, sans étape particulière : « *l'enfant je le vois pas qu'à 2 ans et puis c'est tout . Je l'ai déjà vu avant* » (M6).

L'examen pour un enfant de 2 ans n'était pas un examen spécial et attendu : « *Je ne m'attache pas particulièrement à cet examen pour être honnête* » (M5), il n'était pas

indispensable pour réaliser le suivi de l'enfant : « *c'est pas l'examen de 2 ans qui va dire qu'il y a un problème* » (M6).

### **C. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est travailler avec une part d'inconnu**

#### **1. Faire face à l'incertitude**

- sur ses propres connaissances :

Les médecins exprimaient un flou dans leurs connaissances : « *le développement psychomoteur de l'enfant (...). J'ai les grands repères mais je pourrais être meilleur* » (M8), « *s'il nomme pas d'images, ben du coup c'est grave, c'est pas grave ?* » (M1).

- sur le diagnostic de l'enfant et sur les orientations envisageables :

Les médecins témoignaient d'une incertitude sur le diagnostic de l'enfant : « *Il y a une anomalie mais je suis pas capable de dire si c'est... ?* » (M4), et sur leur orientation vers des spécialistes : « *Pas forcément très sûr de ce que je dois faire* » (M3), « *je ne sais pas prescrire du CAMSP* » (M2).

Par ailleurs, l'incertitude était aussi accueillie comme une norme en médecine et comme une nécessité. Elle faisait partie de leur quotidien : « *je pense qu'on est quand même gouverné par le doute en médecine, et que le jour où on a trop de certitudes sur ce qu'on doit faire, c'est qu'on n'est peut-être pas vraiment à sa place dans le métier* » (M5).

- sur la place des médecins généralistes dans l'examen du 24<sup>ème</sup> mois :

Les médecins se questionnaient sur leur place : « *on ne devrait pas avoir les enfants à voir. Parce que c'est vraiment un examen spécifique et qu'on devrait avoir un suivi pédiatre ou PMI* » (M8). Ils pensaient que le pédiatre ou la PMI avaient davantage d'équipements : « *C'est quelque chose qui peut être fait en effet lors d'une session de PMI où il y a des jeux, il y a le temps pour ça* » (M5) et plus de connaissances : « *Il (le pédiatre) ira probablement plus loin car il aura plus de compétences que nous* » (M7).

Les alertes des médecins généralistes étaient différentes de celles des pédiatres : « *je sais que je n'ai pas l'expertise d'un pédiatre ou l'œil pour certaines choses et c'est bien dommage mais ...* » (M8).

## 2. Valoriser le somatique au détriment du psychomoteur

Les médecins généralistes avaient tendance à privilégier l'examen somatique : « *j'ai plus l'impression de faire du physique que du psycho comportemental, psychomoteur et cetera* » (M3), « *j'ai plein de monde donc je pèse, je mesure, je fais les vaccins et « au revoir » »* » (M3).

Alors qu'ils s'exprimaient en détail sur le somatique qui était systématique : « *À chaque fois qu'un enfant vient je le pèse, je le mesure, je regarde son périmètre crânien, je calcule son IMC. Je regarde son rachis, c'est vraiment systématique* » (M6), ils prêtaient peu d'attention aux items du développement psychomoteur ou connaissaient mal leur signification : « *« sollicite une autre personne » ?, ah je savais pas, c'est nouveau ça (...). « Joue à faire semblant », tu vois ça pareil, je l'ai pas encore vu non plus* » (M1).

Des médecins montraient un manque de connaissances sur les items du développement psychomoteur car ils remettaient en cause l'intérêt de ces items : « *« pointe du doigt » (...) C'est un item où je trouve que j'ai beaucoup de « non » (...) presque il faudrait qu'on réévalue l'âge d'acquisition » (M3).*

### 3. Avoir ses propres alertes

Les médecins généralistes avaient leurs propres niveaux d'alerte concernant l'examen du 24<sup>ème</sup> mois : « *Moi je suis un mec qui marche beaucoup avec ses propres repères » (M8).* Ils évaluaient au feeling, « *l'évaluation au feeling elle se fait à chaque fois » (M3)* et l'intuition était présente : « *il a un truc bizarre, je saurais pas dire ce que c'est mais il y a un truc bizarre » (M1).*

Certains s'affranchissaient des signes d'alerte officiels ou ne les connaissaient pas : « *je t'avoue que j'ai pas de drapeaux rouges » (M1).* Les médecins ne se fiaient pas aux attendus à 2 ans : « *c'est pas parce qu'un enfant qui arriverait au 24<sup>ème</sup> mois n'a pas fait l'acquisition de quelque chose qu'il est vraiment en retard » (M2).*

Ils ne cherchaient pas à objectiver les compétences de l'enfant : « *je ne fais jamais en demandant à l'enfant de mettre des cubes l'un sur l'autre » (M6), « j'ai l'impression qu'on voit quand même si l'enfant se développe bien en dehors de « superposer les objets » » (M5).* Objectiver n'était pas gage de réussite et n'était donc pas indispensable : « *C'est pas parce qu'il ne veut pas le faire chez moi qu'il ne sait pas le faire » (M2).*

Ils pouvaient alors compter sur l'expérience : « *avec un petit peu d'expérience, on voit bien quand l'enfant, ça va pas, quand le développement n'est pas bon » (M6).*

Les médecins attendaient l'alerte des parents : « *ce qui va m'alarmer, c'est plutôt la requête des parents* » (M3) ou c'était l'école qui les alertait : « *les enfants qui entrent au CP, ils ont tous un trouble dys (...) mais ils ont rien du tout, faut arrêter de nous prendre pour des cons* » (M7).

Certains médecins étaient plutôt des alliés du temps : « *je vais me laisser un peu de temps* » (M3). Comme ils ne s'alertaient pas à 2 ans, « *c'est pas l'examen du 24<sup>ème</sup> mois où je vais vraiment trouver les troubles* » (M2), ils proposaient de « *faire l'examen obligatoire du 36<sup>ème</sup> mois* » (M2) pour avoir plus de facilités : « *des anomalies (...) seront plus flagrantes et je serai plus à même de les repérer* » (M2).

Un médecin relatait être chanceux de ne pas avoir de troubles du neurodéveloppement dans sa patientèle : « *je pense que je m'en souviendrai, j'ai la chance de ne pas avoir ce genre de choses* » (M7).

#### **D. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est faire face à un sentiment d'envahissement**

##### **1. Evoquer des dysfonctionnements du système de soin**

Les médecins subissaient la démographie médicale et le manque de confrères dans leur territoire : « *on n'a pas formé assez de médecins* » (M8). Ils devaient ainsi voir beaucoup de patients et avaient une activité soutenue au quotidien : « *on voit trop de patients par jour, il faut gérer plein de trucs* » (M9).

Le manque de médecins les obligeait à abandonner des projets de prévention : « *c'est dur de faire de la prévention surtout dans un milieu où on a une médecine de guerre, où on doit répondre à la pathologie* » (M8).

## 2. Malmener une organisation bien rodée

Les médecins généralistes n'accueillaient pas forcément avec plaisir cet examen, car il modifiait leur organisation, souvent très minutée : « *si je mets des rendez-vous d'une demi-heure pour l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, je vais devoir mettre des rendez-vous de 10 minutes plusieurs jours de la semaine et j'ai pas envie* » (M3).

L'examen leur donnait une difficulté organisationnelle dans leur routine : « *il est assez dur à organiser* » (M1), « *Il faut des consultations d'une heure (...) pour l'instant je peux pas* » (M9).

L'examen semblait trop long, « *idéalement il faut une demi-heure pour faire cet examen* » (M5) et « *chronophage* » (M4). Toutefois, certains médecins acceptaient que l'examen modifie leur planning : « *un petit peu chronophage mais c'est nécessaire donc on prend le temps qu'il faut* » (M7).

## 3. Utiliser des outils encombrants

- Outils de traçabilité

Les médecins généralistes devaient lutter contre les contraintes administratives en lien avec l'examen du 24<sup>ème</sup> mois : « *le carnet de santé, le certificat et l'ordinateur, c'est casse pied, c'est trois fois la même chose* » (M1), « *Est-ce que tu imagines la triple saisie que je fais ?* » (M8).

Ils évoquaient un manque de considération de la part des autorités. Ils se plaignaient qu'elles ne se mettaient pas à leur place : « *c'est bien toutes ces recommandations HAS là, mais là on fait de la médecine de guerre* » (M8). Des médecins racontaient leur incompréhension quant à la création du certificat du 24<sup>ème</sup> mois. Ils le trouvaient

mal pensé : « *les gens qui pondent ça (...) se mettent pas à notre place. (...) c'est pas du tout pratique pour nous* » (M4).

- « Outils matériels »

Des médecins doutaient de l'intérêt des outils : « *Et je suis même pas sûr qu'en envoyant la boîte d'équipement [la Sensory Baby Test], tu vas te mettre à mieux faire tes examens de dépistage parce que tu n'as pas le temps (...)* » (M8) ou ils ne savaient pas s'en servir : « *ce qui m'embête, c'est de ne pas réaliser le test audiolgique, sincèrement, parce que s'il est là, c'est qu'il a un intérêt n'est-ce pas ?* » (M7).

Les outils encombraient car ils ne permettaient pas d'aider les médecins, au contraire, ils leur faisaient perdre du temps : « *le problème, c'est si tu passes encore du temps où derrière il faut tout désinfecter, (...) si en plus je dois nettoyer les livres et cetera et voir 50 patients dans la journée...* » (M8).

## **E. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est marcher seul**

### **1. Se sentir isolé**

Ils se sentaient seuls avec des spécialistes difficiles à avoir : « *Adresser n'est pas le problème, c'est de l'autre côté : pour recevoir* » (M9).

Cet isolement pouvait venir de leur ressenti d'être en concurrence : une « *certaine concurrence avec en particulier les pédiatres qui sont contents, eux, d'avoir ces examens du vingt-quatrième mois* » (M6).

Le médecin généraliste se voyait relégué au rang de « *roue de secours* » (M3).

La communication avec les autres intervenants était parfois difficile, « *on n'a jamais eu un retour de la PMI (...) je me demandais si la PMI suivait derrière* » (M4).

## 2. Avoir un réseau presque inexistant

Les médecins connaissaient peu les structures qui pouvaient les aider, « *je connais pas bien* » (M8), et ils n'adressaient pas : le CAMSP « *Jamais* » (M8), la PCO « *Non. Le problème, c'est que dans toutes les structures d'aide à l'enfance, on est un peu perdu* » (M8), la PMI « *je n'adresse pas à la PMI* » (M8). Même s'ils les connaissaient, les médecins se trouvaient seuls car ils n'avaient pas la possibilité d'adresser leurs patients : « *Il y a un manque criant de structures pour les troubles du développement, les troubles autistiques, tous les troubles* » (M9), « *le délai de prise en charge, par exemple le CAMSP, c'est un peu catastrophique* » (M6).

Les médecins s'accordaient à dire qu'ils adressaient leurs patients principalement à l'hôpital : « *il reste plus que l'hôpital. Donc (...) c'est un réseau obligatoire parce que j'en ai pas d'autres* » (M8).

## 3. Choisir de « marcher seul »

La coopération médecins généralistes - autres spécialistes n'était pas forcément recherchée : « *on n'a pas besoin de la PMI pour fonctionner* » (M6), « *Bon, pour les avoir au téléphone c'est toujours impossible et puis bon, pas forcément besoin* » (M8).

Des médecins exprimaient se sentir bien, même seuls : « *on fonctionne très bien sans eux mais à notre petit niveau* » (M6).

## **F. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est se placer dans une relation ambivalente avec les parents**

### **1. Aller vers les parents en toute confiance**

Pour l'exploration du développement, des médecins remplissaient les items de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois à travers les dires des parents : « *« Rappelez-moi, il a marché à quel âge ? » » (M4), « « joue à faire semblant » et « superpose », ouais ces questions-là, c'est plutôt demandé aux parents » (M7).*

Ils cherchaient les informations auprès des parents : « *Je pense que c'est plus sensible de demander aux parents si l'enfant sait le faire (...) parce qu'ils sont tout le temps avec l'enfant » (M2)* qui devenaient acteurs de l'examen et étaient des guides pour les médecins : « *C'est eux qui vont nous alerter je trouve » (M1)*. En effet, certains médecins se posaient même la question de leur légitimité à réaliser cet examen car ils n'étaient pas les mieux placés pour évaluer les enfants : « *c'est eux (les parents) qui sont à même de dire si l'enfant le fait ou ne le fait pas » (M2).*

Cela représentait un gain de temps : « *C'est une question de temps » (M6)*. Les médecins leur faisaient confiance : « *donc je n'ai pas d'arrière-pensée là-dessus concernant le questionnement et la véracité de leur réponse » (M7).*

### **2. Maintenir une distance avec les parents**

Des médecins évitaient de donner trop d'informations aux parents pour ne pas les alerter : « *déjà la première chose, j'évite d'alerter » (M8)*. Faire peur entraînait une angoisse des parents « *quand on t'alerte sur quelque chose, bah tu dors plus. Tu vis plus » (M8)* et un risque de les perdre de vue : « *les parents se rétractaient et ils ne venaient plus » (M9).*

Ils cherchaient donc à être rassurants : « *bon je pense qu'il faut être rassurant* » (M7).

Les médecins ne voulaient pas endosser le rôle de ceux qui donnaient des mauvaises nouvelles, « *je veux pas être alarmant pour les gens* » (M3), la PMI s'en chargeait et c'est elle qui faisait peur : « *ils ont peur, dès qu'on prononce PMI...* » (M1).

Certains médecins avaient besoin de ralentir les parents qui « *vont partir tête baissée dans toutes les directions, et donc ces gens-là, il faut savoir leur dire : « bah non, on se donne encore un petit peu de temps* » » (M6).

### 3. Se tenir à distance de leur rôle éducatif auprès des parents

Les médecins pouvaient subir les convictions éducatives des parents : « *les parents, ils s'en fichent, ils ont pas envie de changer leurs habitudes* » (M2) et ils se sentaient donc démissionnaires face à l'éducation donnée par les parents : « *mon discours sur les écrans ou sur l'alimentation chez les enfants, n'a que très peu d'impact ou voire pas du tout à court terme* » (M1), « *Les écrans, c'est tellement intégré dans la vie des parents, que je crois qu'ils ne comprennent pas. Même si je le dis.* » (M5).

Les médecins maintenaient alors une distance avec les parents pour ne pas avoir à leur donner des conseils sur le plan éducatif : « *Non je pense que c'est un boulot d'éducation et de travail à la maison* » (M7). Ils estimaient n'avoir « *aucun* » (M7) rôle à jouer dans ces prises en charge éducatives.

4. Être dépendant du « niveau de littératie » des parents pour réaliser le suivi de l'enfant

Les médecins devaient faire face à des connaissances variables des parents au sujet des compétences de leur enfant : « *Dans la majorité des cas je crois les parents, (...) si j'ai un doute, je demande aux parents d'expliciter* » (M2), « *Si la maman ne sait pas, je lui montre, je pose les cubes pour l'enfant* » (M9).

Certains parents comprenaient bien les enjeux : « *je pense que ceux qui viennent souvent, (...) c'est les familles qui font un peu attention* » (M5).

D'autres parents ne semblaient pas comprendre ce qu'expliquait le médecin : « *Les gens pour qui on aimerait peut-être justement un suivi plus rapproché, ils ne viennent pas* » (M5), « *je lui ai dit qu'il y avait un problème et la maman ne voyait pas le problème* » (M9).

Parfois, les connaissances des parents questionnaient les médecins qui remettaient en cause leurs propres pratiques de dépistage : « *j'ai aucun parent qui m'a dit « non il ne sait pas empiler des cubes », donc finalement je me suis dit soit c'est très bien j'ai que des patients qui vont bien, soit je passe à côté de quelques trucs* » (M1).

Les médecins pouvaient se sentir aidés par les parents : « *j'ai réussi à faire basculer un enfant parce que la dame était cortiquée, qu'elle avait pas peur et que je lui ai expliqué* » (M1), ou à l'inverse freinés par les parents. En effet, ils devaient s'adapter à leur compréhension et à leur réactivité qui étaient difficiles : « *On chemine avec les parents, il faut pas les prendre de front* » (M6) et qui retardaient des prises en charge : « *à cause des mamans qui ne prenaient pas conscience* » (M6).

Les médecins évoquaient aussi le rôle du niveau socio-économique des parents dans la compréhension et le suivi de leur enfant : « *ça dépend des milieux* » (M4). Ils

pouvaient être aidés lorsque les parents étaient considérés comme favorisés : « *je suis pas en milieu défavorisé et donc les gens sont très observants* » (M4). A l'inverse, « *la population qui est assez populaire, donc souvent ceux de 24 mois, ils sont assez énervés, ils sont très télé, ils sont très confiserie, il y a beaucoup de boulot* » (M3).

Se sentir dépendant du niveau de littératie des parents ou de leur niveau socio-économique pouvait engendrer une perte de temps et la nécessité d'être encore plus vigilant : « *ces patients-là, ça prend plus de temps parce qu'il faut que je vérifie tout le temps, que je les revoie régulièrement* » (M9).

#### 5. Avoir la reconnaissance des parents

Les médecins avaient fait preuve d'adaptabilité envers les parents car ils cherchaient une certaine reconnaissance et satisfaction de leurs patients : « *je vais pouvoir satisfaire la population* » (M8), ils voulaient garder un bon contact avec les parents : « *les gens, comme j'étais à l'aise avec leurs enfants, ils m'aimaient bien* » (M8).

Ils étaient vigilants sur leur manière d'être avec les parents : « *j'essaye de le dire avec le sourire et gentiment* » (M8), « *Maintenant je rassure les patients (les parents)* » (M9).

Des médecins se sentaient compétents dans la relation qu'ils avaient avec les parents, car ils le leur prouvaient indirectement : « *vu que je n'ai jamais eu de refus frontal des parents, que je n'ai jamais eu de non consultation par les parents, je pense que ma communication est adaptée par rapport à ça* » (M2).

Les médecins pouvaient aller dans le sens des parents pour les satisfaire : « *Puis après, je remplis les courbes sur le carnet de santé, je montre aux parents, c'est ça qu'ils veulent, le reste en général ils s'en fichent un peu* » (M3).

## **G. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est passer de l'émotion à l'action**

### **1. Réaliser l'examen du 24<sup>ème</sup> mois génère des émotions**

Au cours des entretiens, les médecins avaient exprimé des états émotionnels en lien avec l'examen du 24<sup>ème</sup> mois ou la pédiatrie en général :

- La peur : « *Je suis inquiet pour l'enfant* » (M4), « *ce qui fait un peu peur sur la pédiatrie c'est le tout tout tout petit* » (M8), « *cette peur de passer à côté des choses urgentes de l'enfant* » (M9)
- La joie : « *j'adore la pédiatrie* » (M3), « *ça signifie un plaisir pour moi* » (M8)
- L'ennui : « *Je m'étais retrouvé un peu là au cabinet sans personne et je regardais comment je pouvais améliorer la prise en charge de mes patients* » (M9)
- La crainte de passer à côté de quelque chose : « *souvent je suis la seule, le seul regard médical donc je me dis que ça se trouve, je passe à côté de choses au niveau développement* » (M1)
- La déception (désappointement) : « *On ne peut plus avoir ces projets de prévention, d'accompagnement thérapeutique...* » (M8).

### **2. Prendre conscience et se remettre en question**

Suivant leurs émotions, les médecins prenaient conscience de leur état et de leur pratique : « *C'est surtout une prise de conscience du médecin généraliste* » (M9).

Ces prises de conscience avaient suscité des remises en question, « *je sais me remettre en question* » (M9), concernant les pratiques de certains médecins généralistes : « *Avant je faisais pas le dépistage* » (M1), « *je suis nul en pédiatrie* » (M4), « *j'ai vu l'écart qu'il y a entre la pratique et la théorie* » (M9).

La prise de conscience permettait de faire un point sur leur examen. Cela entraînait des aspirations : « *l'envie d'aller plus loin* » (M1), « *je voulais avoir l'assurance que quand je pose un diagnostic, alors bien sûr je suis pas prophète, mais au moins(...) j'ai toutes les cartes en main* » (M9).

### 3. Engendrer des changements, des actions

Des émotions suivies d'une prise de conscience aboutissaient à des changements : « *ma pratique change encore* » (M1).

Différents changements étaient exprimés, ils devenaient proactifs :

- S'investir. Ils voulaient utiliser d'autres outils : « *j'ai investi dans le « sensory baby test »* » (M1), « *j'ai une lampe bleue spéciale pour ça* » (M4), « *Moi je me suis créé une maquette pour tous les mois (...) pour ne rien oublier* » (M4)
- Changer d'organisation : « *quand c'est un examen de pédiatrie, il y a une couleur différente [sur l'agenda doctolib] on prend plus de temps, 20 minutes au lieu de 15 minutes* » (M4), « *au début je prenais pas autant de temps* » (M9)
- Développer son réseau : « *ma chance (...) de connaître beaucoup de gens ici* » (M4)
- Se former : « *Donc pendant 4 mois, j'ai fait pédiatrie avec un prof le matin, pédiatrie avec un prof l'après-midi : cours particuliers c'était génial* » (M4), « *chaque année je fais les journées de pédiatrie à Paris* » (M9)
- Transmettre son savoir : « *Je suis enseignant à la fac* » (M4)
- Acquérir la conscience pédiatrique : « *je n'ai pas les connaissances d'un pédiatre, mais je sais maintenant quand un enfant ne va pas bien* » (M4), « *je lui tends la main. S'il me tend la main et il marche vers moi, c'est gagné* » (M8)

- Être en alliance avec les parents : « *j'ai pas besoin de réclamer. J'ai une très bonne observance de l'examen du vingt-quatrième mois* » (M4), « *Ils sont habitués* » (M4).

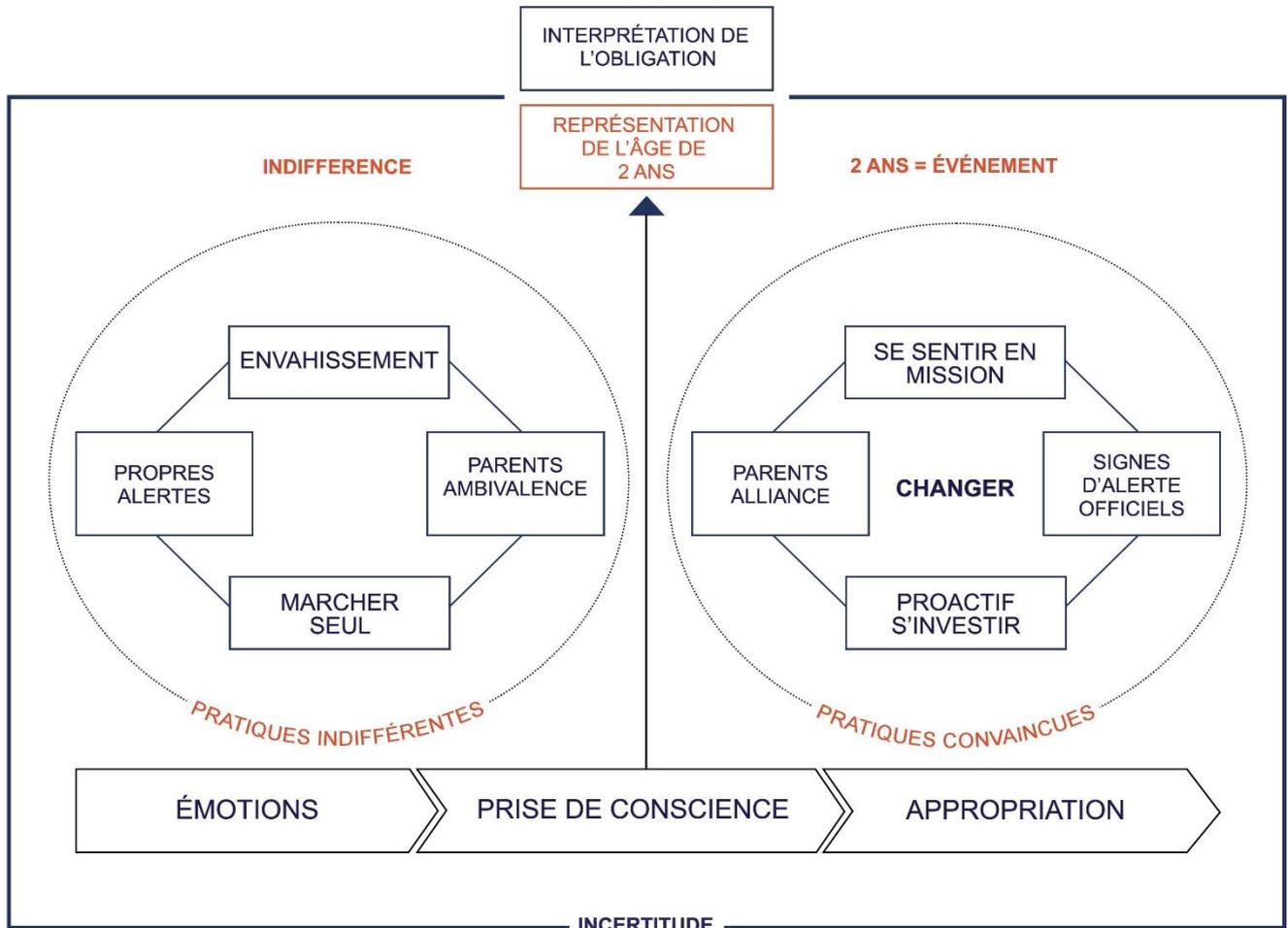
#### 4. S'approprier l'examen = la conviction

Ces changements aboutissaient à une conviction des pratiques.

- Changer de regard : « *Je suis plus en généraliste, je me replace quand j'étais en pédiatrie avec mes patrons comment ils faisaient leur examen* » (M4)
- Se sentir en mission. Pour un médecin l'examen du 24<sup>ème</sup> mois était l' « *un des plus importants* » (M4), « *de notre ressort c'est de la prévention, de l'anticipation et c'est aussi dépister les choses qui ne vont pas* » (M7)
- Se sentir en sécurité : « *Ça fait quelques années que je fais ça et donc oui ça marche bien. (...) Si j'étais pas méthodique comme ça avec pédiadoc ou avec ma petite maquette, ça ne serait pas pareil* » (M4), « *J'ai toujours cette peur mais je l'ai moins parce que justement je m'intéresse* » (M9)
- Se sentir fier, « *j'ai gardé une empreinte pédiatrique* » (M4), « *j'ai même parfois les félicitations des pédiatres* » (M4), « *je pense que ça se passe plutôt bien* » (M9).

# DISCUSSION

## RESULTATS PRINCIPAUX



Modélisation des facteurs influençant la pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois par les médecins généralistes du Pas-de-Calais :

entre obligation et conviction

L'examen du 24<sup>ème</sup> mois était perçu comme un examen obligatoire, avec des interprétations variées de la part des médecins généralistes. Les pratiques qui en découlaient étaient personnalisées alors que l'obligation était la même pour tous.

Dès le début de l'examen, elles variaient selon la représentation que les médecins se faisaient de l'enfant de 2 ans.

Pour certains, même si l'état de santé des enfants avait une place centrale, l'âge de 2 ans se fondait dans un suivi longitudinal et ne représentait pas une étape majeure du développement de l'enfant. Les médecins n'accordaient pas d'importance particulière à l'âge de 2 ans pour évaluer l'enfant. Ils pouvaient se sentir envahis (par les contraintes administratives, par les difficultés de démographie médicale, par des outils encombrants). Ils travaillaient avec une part d'inconnu et d'incertitude. Leurs propres alertes étaient parfois éloignées des recommandations officielles. Ils se sentaient globalement isolés dans leur pratique, ils devaient faire face à des réalités de terrain où les délais de prise en charge et d'alliance entre professionnels n'étaient pas optimaux.

Ils se rapprochaient alors des parents, avec qui ils entretenaient une relation ambivalente mêlant confiance, reconnaissance et réticence. Les médecins devaient faire face au niveau de littératie des parents : ils s'y adaptaient ou ils abandonnaient. Les pratiques exprimées étaient incertaines ou non convaincues, sans être obligatoirement mal vécues.

Pour d'autres, l'âge de 2 ans semblait primordial dans l'histoire du développement de l'enfant et s'inscrivait dans la période des 1000 premiers jours. L'examen à 2 ans illustre l'importance du contrôle des acquisitions à cet âge-là. Les médecins avaient exprimé des états émotionnels en lien avec l'examen du 24<sup>ème</sup> mois ou la pédiatrie en

général. Ces émotions s'étaient avérées primordiales pour enclencher une prise de conscience et une remise en question de leurs pratiques, aboutissant à des changements ou actions. Ces émotions avaient rendu les médecins proactifs. Malgré l'incertitude présente en médecine, ils se formaient, s'investissaient, changeaient d'organisation, développaient leur réseau. Ils faisaient part d'un suivi des recommandations officielles. Leur examen du 24<sup>ème</sup> mois gagnait en qualité et en sécurité. Ils entraient dans une relation de confiance avec les parents. Ils s'approprièrent l'examen du 24<sup>ème</sup> mois et faisaient de l'âge de 2 ans un événement. Ils étaient convaincus.

## **FORCES DE L'ETUDE**

Le choix de l'étude qualitative est apparu comme le plus adapté à la nature exploratoire de ce sujet. Les critères de scientificité de la méthode qualitative ont cherché à être respectés et participent à la qualité des résultats (Annexe 7).

La chercheuse a participé à plusieurs formations spécifiques sur la recherche qualitative permettant d'améliorer ses connaissances dans le domaine au fur et à mesure de l'étude (demi-journée de formation à la faculté de médecine de Lille, week-end de formation avec la FAYR-GP à Caen et lors des 14<sup>èmes</sup> journées du GROUM.F à Marseille).

Les entretiens se sont déroulés sur 14 mois. Cette durée a permis de bien comprendre la méthode et le terrain de recherche. Les entretiens ont été triangulés et systématiquement discutés avec la directrice de thèse avant de passer au suivant. La moyenne et la durée totale des entretiens ont été satisfaisantes, elles témoignaient de l'amélioration progressive de la chercheuse pour mener des entretiens. Tous les

entretiens ont été réalisés en dehors des plages de consultation, sans tierce personne : les médecins n'étaient pas contraints par le temps et ont pu s'exprimer librement.

Une suffisance des données a été atteinte pour proposer un modèle explicatif. Celui-ci est resté en dehors de l'indexation thématique et a fait émerger des réponses originales et étonnantes.

D'après les recherches bibliographiques, il n'existait aucune étude en France ayant exploré les facteurs influençant l'examen du 24<sup>ème</sup> mois par les médecins généralistes, ce qui en a fait sa particularité. Cette étude s'inscrit dans l'ambition du rapport des 1000 jours et de la recherche axée sur l'amélioration et l'évaluation des pratiques des professionnels de santé durant les 1000 jours (1).

## **LIMITES DE L'ETUDE**

Il s'agissait de la première étude qualitative de la chercheuse. Les différents rôles (de chercheur, interviewer, codeur, analyste...) étaient de nouvelles postures.

Le recrutement de certains médecins ayant été réalisé par courrier, il est possible que seuls les médecins les plus intéressés par le sujet aient accepté.

Deux des neuf médecins généralistes connaissaient la chercheuse, ce qui a pu influencer leurs propos.

La durée plus faible des 2 premiers entretiens, a pu s'expliquer par le manque d'expérience initiale de la chercheuse à mener un entretien. Elle a eu tendance à relancer les médecins trop rapidement, ce qui a pu limiter la libre expression des médecins.

Bien que le guide d'entretien ait été travaillé en amont et revu avant chaque entretien, la façon de formuler les questions a pu influencer les médecins dans leurs propos.

Le choix des médecins n'a pas suivi un échantillonnage théorique parfait. Les entretiens 1 et 2 étaient prévus en amont. Les entretiens 7 et 9 correspondaient aux réponses positives des courriers envoyés au hasard quelques semaines auparavant.

Une observation des pratiques a été pensée et aurait été intéressante. Elle n'a pas été réalisée devant la faible expérience de la chercheuse et les difficultés à la mettre en place.

Le retour des résultats aux participants n'a pas été réalisé dans cette étude.

La suffisance des données a été décrétée après 7 entretiens ce qui peut paraître peu. Mais les deux derniers entretiens n'ont pas fait émerger d'autres catégories.

## **COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE ET PERSPECTIVES**

### **A. L'examen du 24<sup>ème</sup> mois, une histoire d'interprétation de l'obligation**

Les médecins de cette étude avaient des interprétations différentes de l'obligation portant sur l'examen du 24<sup>ème</sup> mois. Certains y répondaient par obligation réglementaire, par devoir et d'autres ne se sentaient pas concernés ou n'en voyaient pas l'intérêt. Les interprétations concernaient surtout le fait de réaliser cet examen du 24<sup>ème</sup> mois, ou de renvoyer le certificat.

En revanche, les médecins de l'étude ont déclaré remplir le carnet de santé systématiquement, dès lors que les parents l'apportaient.

Ces constats ne rejoignaient pas les résultats d'une enquête réalisée par la chercheuse auprès de 120 carnets de santé, dans laquelle la page de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois était vierge dans près de la moitié des cas.

Plusieurs explications ont pu rendre compte de l'absence de remplissage : l'insuffisance du suivi médical de l'enfant, l'oubli du carnet de santé par les parents ou le choix des médecins de ne pas tout écrire (17). La méconnaissance de la loi au sujet de l'obligation de remplissage du carnet de santé, pourrait être aussi une explication.

En effet, la réalisation de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, le renvoi du certificat et la traçabilité dans le carnet sont toujours inscrits dans les articles R2132-1 à R2132-3 du code de la santé publique.

L'obligation de remplir le certificat du 24<sup>ème</sup> mois n'était pas toujours perçue par les médecins de l'étude. Une explication possible est, que depuis 2003, le fait de ne pas passer l'examen du 24<sup>ème</sup> mois n'expose plus à une sanction sous forme de baisse des allocations familiales (18), ce qui a engendré des confusions chez les médecins généralistes.

Le rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) évoquait déjà en 2016, que le terme « d'examen obligatoire » était contre-productif et devait être remplacé par « examen systématiquement proposé » car plus aucune disposition réglementaire n'imposait cette contrainte (19).

Les obligations des médecins étaient alors interprétées ou simplifiées. Les pratiques qui en découlaient pouvaient être inadaptées.

**B. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, une histoire de représentation de l'âge de 2 ans dans le suivi de l'enfant**

Deux représentations divergentes de l'âge de 2 ans ont été évoquées chez les médecins de l'étude, laissant présager une connaissance et un intérêt variables sur la période des 1000 jours.

Le rapport des 1000 jours sensibilisait pourtant les professionnels de santé sur l'intérêt des démarches préventives et précoces (1).

Les aspirations de ce rapport en matière de prévention, semblaient être en décalage avec l'étude révélant que la France était en retard dans ce domaine (20).

Les campagnes à caractère informatif fondées sur les connaissances se révélaient peu efficaces. Pour rechercher une plus grande efficacité d'action, des modèles s'appuyant sur les représentations du concept à promouvoir semblaient plus percutants (20).

L'étude actuelle a identifié l'impact du niveau de représentation de l'âge de 2 ans par le médecin, sur sa motivation à s'investir dans des actions précoces de prévention. Plus l'âge de 2 ans était reconnu par le médecin comme une date majeure dans le parcours de développement de l'enfant, plus son engagement dans la prévention était marqué. Ce résultat semblait confirmer l'étude de Dugué (20).

Ainsi, les résultats de l'étude actuelle laissent penser qu'une optimisation de la démarche préventive serait possible en mobilisant l'intérêt des médecins pour cet âge clef. Un retour des résultats de leur travail de dépistage pourrait favoriser cette appropriation.

## **C. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est travailler avec une part d'inconnu**

### **1. L'incertitude**

Les médecins interrogés sur l'examen du 24<sup>ème</sup> mois ont plusieurs fois exprimé une pratique dans l'incertitude, notamment celle concernant le diagnostic.

Éliminer l'incertitude a souvent été recherché en médecine (21). L'incertitude était assimilée à une gêne et à une incompétence des médecins (21).

L'incertitude était plus importante face à l'enfant que face à l'adulte (22). Elle naissait de la peur d'une erreur diagnostique dans plus de la moitié des cas et les anomalies du développement étaient citées comme la deuxième source d'incertitude (22).

L'étude actuelle sur la pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois a retrouvé, en effet, ces deux facteurs majeurs d'incertitude : être face à des enfants et devoir évaluer le développement psychomoteur.

Les résultats étaient similaires à la littérature car l'incertitude semble être inévitable en médecine où les connaissances potentielles sont infinies et où les signes sont souvent à un stade précoce (23). C'est le cas de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois avec l'existence de signes d'alerte précoces comme en témoignent les données sur les troubles du neuro-développement (4,14).

### **2. Valoriser le somatique au détriment du psychomoteur**

La recherche des signes d'alerte des TSA, majeure dans l'évaluation d'un enfant de 2 ans, a été très peu abordée de manière formelle par les médecins lors des entretiens. Certains n'ont pas eu connaissance des nouveaux items sur le carnet de santé de

2018. D'autres ont remis en cause l'intérêt de certains items jugés introuvables à 2 ans, ce qui témoignait d'une méconnaissance de la précocité possible de ces signes.

En 2018, le carnet de santé a été mis à jour en tenant compte des nouvelles recommandations de la HAS. Un document à l'usage des professionnels de santé a été publié pour les informer des différents changements (24). Mais la diffusion de ce document semble avoir été limitée au regard de l'étude actuelle.

Trois ans après le nouveau carnet de santé, il persistait une connaissance limitée des signes d'alerte majeurs des TSA (25).

Ces résultats ne semblaient pas rejoindre l'engagement qui était retrouvé chez des médecins généralistes dans une thèse qualitative récente où ils se considéraient comme des acteurs centraux dans le dépistage des TSA (26).

Il serait intéressant de s'interroger sur les inadéquations possibles constatées chez un même médecin, entre son savoir théorique qui pouvait être de bon niveau et les difficultés finalement rencontrées dans la pratique du dépistage (27).

### 3. Les propres alertes

Cette étude a relevé une grande hétérogénéité des pratiques entre les médecins généralistes. Chacun avait son propre niveau d'alerte en utilisant son ressenti, sa vision globale de l'enfant, son expérience ou les dires des parents. Les médecins s'appuyaient sur une part d'intuition dans leurs évaluations et ne cherchaient pas à objectiver les compétences de l'enfant.

Les médecins interrogés n'étaient pas les seuls à agir ainsi (28–30).

Ces résultats contrastaient avec les cadres théoriques prévus par des recommandations (3–5) qui avaient pour objectif d'aider les médecins, d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la qualité des soins (31).

Mais, plusieurs études ont mis en évidence des inadéquations entre les pratiques des médecins généralistes et les recommandations (8,11,28,31). Bien qu'elles soient jugées utiles, les recommandations n'étaient pas toujours prises en compte et pas toujours efficaces (31).

En effet, les médecins généralistes interrogés ne semblaient pas avoir besoin de suivre les recommandations dans leur pratique alors que des alertes éloignées des alertes officielles étaient préjudiciables pour le devenir de l'enfant (32,33).

Ces niveaux d'alerte hétérogènes pouvaient aussi témoigner d'un manque de sensibilisation sur l'existence des grilles d'alertes officielles (34).

La part de subjectivité et d'intuition exprimée par les médecins interrogés, était à considérer indéniablement (35). Cependant, les recommandations sur les troubles du neuro-développement, préconisant une identification précise des acquisitions (4,36), incitaient à manier cette intuition avec précaution.

Une étude complémentaire sur la compréhension des alertes officielles et sur la faisabilité des recommandations à ce sujet en médecine générale, serait intéressante pour explorer davantage ce résultat-là.

## **D. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est faire face à un sentiment d'envahissement**

### **1. Les dysfonctionnements du système de soin**

Les médecins ont relaté des difficultés organisationnelles en lien avec la démographie médicale. Ils devaient voir trop de patients et se sentaient alors moins disponibles pour répondre aux projets de prévention pour l'enfant.

La littérature constatait aussi ce problème. Déjà en 2019, 7 médecins sur 10 estimaient que l'offre de soins de médecine générale était insuffisante, et la grande majorité avait des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients (37).

Ces résultats posent un réel problème de santé publique, où l'offre et la demande ne vont pas dans le même sens, entraînant des difficultés pour les médecins et pour les patients.

### **2. Malmener une organisation bien rodée**

L'examen du 24<sup>ème</sup> mois modifiait leur organisation très minutée, réfléchie et satisfaisante. Les 30 minutes recommandées pour le faire (8) étaient difficiles à organiser.

Bien que des études évoquent les difficultés de temps (25,29), aucune étude, concernant le désordre organisationnel dû aux examens du 24<sup>ème</sup> mois dans la pratique rodée des médecins généralistes, n'a été retrouvée.

En revanche, en sachant que les consultations chez le médecin généraliste concernent davantage les maladies aiguës que les consultations préventives (plutôt réservées aux pédiatres) (38), il apparaît que l'exception de ces examens en médecine générale pourrait confirmer une désorganisation mal vécue de leur quotidien.

### 3. Les outils encombrants

Même s'il est convenu que les outils peuvent aider certains médecins, il est ressorti de l'étude que des outils les envahissaient et étaient donc parfois délaissés voire rejetés. Diverses sortes d'outils ont été évoquées : les outils de traçabilité et les outils matériels.

Par définition, l'outil est censé aider les utilisateurs et ne recherche pas à envahir.

L'utilisation simultanée des outils de traçabilité avec le carnet de santé, le certificat du 24<sup>ème</sup> mois et le logiciel du médecin était complexe à gérer.

Pour tracer leur examen, l'outil le plus envahissant était le certificat du 24<sup>ème</sup> mois. Ce constat faisait écho à son faible taux de retour depuis des années. La direction générale de la santé souhaitait faciliter la transmission de ces certificats en dématérialisant les échanges dont le projet est en cours (7).

Par ailleurs, les médecins savaient que l'utilisation de matériel de dépistage comme des cubes, des jouets, des images ou des boîtes de Moatti était favorable au dépistage. Leurs impressions allaient dans le sens des différentes études prouvant que l'utilisation d'un outil d'aide au repérage était bénéfique pour prendre en charge précocement l'enfant (4,32,33). Cependant, dans cette étude, ces outils leur paraissaient inutiles et encombrants. Ils nécessitaient de les désinfecter, de les manipuler, d'être formé ou de disposer de temps.

Les grilles spécifiques telles que le M-CHAT, grilles PCO (Annexe 2), ou autres questionnaires aux parents n'ont pas été évoquées par les médecins pour réaliser l'examen.

La méconnaissance des outils était surtout mise en avant dans les études, mais leur caractère envahissant n'était pas prédominant (27,29,39). Cette découverte était donc plutôt originale.

La finalité était par ailleurs la même et les médecins utilisaient peu les outils d'aide au repérage (28,29,39).

Ils pouvaient également être délaissés car le concept d'outil renvoyait à la notion de la médecine fondée sur des preuves (*evidence-based medicine* EBM) qui était contraire à leurs pratiques basées sur leurs propres alertes et leur intuition.

Ces divergences avec les études montrant le bénéfice des outils pourraient être expliquées par une appropriation différente de l'intérêt des outils et de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois par les médecins généralistes. Les médecins pourraient être « découragés » et ne pas prendre le temps nécessaire pour se former. Ainsi, l'utilisation de l'outil serait le résultat de la conviction plutôt que de la formation.

#### **E. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est marcher seul**

Les médecins se retrouvaient régulièrement seuls dans leur pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, sans réseau disponible, avec un manque de communication avec les spécialistes. De plus, ils déploraient un manque de structures ou des délais de prises en charge trop longs.

Ce manque de relation entre professionnels était également partagé dans d'autres études (26,40).

Pourtant, par définition, le médecin généraliste a un rôle de coordinateur médical, qui s'entoure d'un carnet d'adresses pour pouvoir orienter au mieux ses patients (41).

Par ailleurs, il est demandé aux médecins généralistes de suivre les recommandations pour adresser au mieux les enfants, les dernières en date concernent les PCO par exemple (34). Cependant, les campagnes d'information sur l'existence de cette plateforme, bien qu'efficaces en partie, n'ont pas sensibilisé tous les médecins (42).

Le médecin généraliste doit alors faire face à un paradoxe entre les recommandations lui demandant des prises en charge de plus en plus précoces et la réalité du terrain où les délais sont longs et où l'alliance entre professionnels n'est pas optimale.

#### **F. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est se placer dans une relation ambivalente avec les parents**

Cette étude a révélé une relation ambivalente entre les parents et le médecin lors de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois. Les parents étaient à la fois un moteur et un frein pour le médecin lors de cet examen.

Depuis 150 ans, la place du parent dans la consultation a beaucoup changé. En 1868, lors de la création d'un livret maternel par le Dr FONSSAGRIVES, la mère devait consigner différentes informations pour aider le médecin dans sa consultation, « *la mère constate, le médecin interprète* » (43). En 1918, le « carnet individuel d'élevage » devait être rempli par le médecin traitant et non plus par la mère, car il était le seul à connaître les termes médicaux (43). Depuis la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, la place des parents a repris une place majeure et le carnet de santé leur réserve des espaces dédiés.

Les médecins interrogés ont relaté poser des questions aux parents sur le quotidien de l'enfant, pour « cocher » les items de son développement. Ils s'affranchissaient d'objectiver eux-mêmes certains items pensés par les scientifiques, comme la superposition des cubes par exemple.

Par cette pratique, les médecins se fiaient au niveau de compréhension des parents sur le développement de l'enfant. Pourtant, ils semblaient être conscients des compétences différentes des parents pour comprendre, rechercher, utiliser des informations (44).

Les médecins, sans nommer le concept, ont évoqué ainsi le niveau de littératie en santé des parents.

D'autres études ont révélé que la littératie en santé des patients n'était pas suffisante pour comprendre les informations de façon optimale (45,46) et était dépendante du niveau socio-économique des patients (47).

Les médecins de l'étude actuelle ont perçu des capacités différentes chez les parents. Mais s'adapter à leur niveau de littératie, leur expliquer, les convaincre, ou à l'inverse les freiner, leur prenait du temps et de l'énergie et les envahissait. Ils avaient alors tendance à rester neutres et à se fier à la réponse des parents.

Cette pratique relationnelle, qui ne remet pas en cause les propos des parents, leur permettait également de garder leur confiance et leur reconnaissance.

Comme l'action des parents durant la période des 1000 jours a un impact majeur sur l'environnement de l'enfant, il semblerait pertinent de sensibiliser les médecins aux enjeux de la littératie en santé des parents car sa surestimation est souvent réalisée par les médecins (48).

La place des conseils éducatifs a également été un sujet de relation ambivalente entre les médecins et les parents.

Les médecins interrogés dans l'étude sur l'examen du 24<sup>ème</sup> mois ne considéraient pas avoir un rôle éducatif à jouer. Ils estimaient que c'était le rôle des parents ou de

l'éducation nationale. Ils exprimaient un découragement à aborder le sujet avec les parents, ils ne semblaient pas rejoindre les études évoquant un lien de cause à effet entre l'éducatif et le développement de l'enfant (1).

D'autres professionnels ont émis aussi des divergences et des incertitudes concernant leur rôle dans l'éducation, qui étaient accentuées par un manque de sensibilisation pendant leurs études (49).

Pourtant, les médecins généralistes, ayant des connaissances sur le développement et la santé future de l'enfant, peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés pour aborder des sujets d'éducation avec les parents.

Ces résultats pourraient être expliqués par une priorité donnée au rôle curatif de certains médecins généralistes, et par un manque de projection sur le long terme des effets de carences éducatives.

Dans l'intérêt de l'enfant et de son devenir, il apparaît nécessaire de continuer à sensibiliser les professionnels de santé sur leur rôle éducatif dans le suivi de l'enfant.

### **G. La pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, c'est passer de l'émotion à l'action**

Dans cette étude, les médecins ont exprimé des états émotionnels en lien avec l'examen du 24<sup>ème</sup> mois ou la pédiatrie en général. Ces émotions se sont avérées primordiales pour enclencher une prise de conscience et une remise en question de leurs pratiques aboutissant à des changements ou actions.

Plutchik, psychologue à l'origine de la roue des émotions, distinguait 8 émotions principales : la joie, la peur, la tristesse, le dégoût, la colère, la surprise, la confiance

et l'anticipation. Il existait aussi des combinaisons d'émotions comme l'amour, l'optimisme, le remords, le désappointement (déception), la crainte (50).

Le livre « *Les émotions au travail* » relatait que les émotions étaient « *indispensables pour élaborer un raisonnement pertinent et approprié* », qu'elles étaient impératives et nécessaires (51).

Néanmoins, les émotions ont aussi été méprisées et considérées comme un obstacle à l'accomplissement de l'action (52).

Dans cette étude, elles ont bien été identifiées chez certains médecins et ont bien entraîné une action, un changement. Il s'agissait de la peur, de la crainte, de la déception et de la joie.

Un travail de thèse a cherché à comprendre les conséquences des émotions dans la pratique des médecins (53). Les émotions positives étaient utilisées au bénéfice de soins de qualité.

L'étude actuelle a montré que des émotions connotées négativement, comme la peur, la déception ou la crainte, pouvaient aussi être au bénéfice de soins de qualité. En effet, ces émotions ont rendu les médecins proactifs puis convaincus. Il apparaîtrait alors nécessaire de continuer à sensibiliser les professionnels de santé sur l'accueil de leurs émotions.

## CONCLUSION

Cette étude a recherché les facteurs influençant la pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois par les médecins généralistes du Pas-de-Calais.

Elle a révélé que, face à une demande légale, les pratiques de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois par les médecins généralistes étaient personnalisées.

La représentation qu'ils avaient de l'étape de l'âge de 2 ans orientait sensiblement leurs pratiques et la qualité du dépistage.

Pourtant, les enjeux de la période charnière des 1000 jours ne sont plus à prouver pour l'enfant.

Sur le terrain, les médecins généralistes étaient confrontés à une réalité qui leur procurait des sentiments d'envahissement et d'isolement, qui n'étaient ni en faveur de pratiques convaincues, ni en faveur de l'application des recommandations. Leur relation avec les parents était ambivalente et le niveau de littératie des parents avait un impact sur leurs pratiques.

L'étude a révélé que les émotions des médecins généralistes étaient à accueillir car elles permettaient une prise de conscience favorable à une remise en question. Les médecins avaient alors la possibilité d'engendrer des changements dans leurs pratiques pour arriver à une appropriation de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois.

Ainsi cette appropriation était le résultat de leur conviction plus que de leur formation.

Cette étude pourrait permettre aux médecins généralistes, en quête d'une optimisation de leur examen, de porter un nouveau regard sur leurs pratiques.

De plus, elle pourrait permettre aux autorités scientifiques d'avoir accès à des données du terrain, afin de proposer des évolutions de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois plus adaptées à la réalité des médecins généralistes.

Enfin, elle interroge la place centrale donnée aux parents lors de cet examen. Une réflexion pourrait être menée pour que leur participation soit optimale, en prenant en compte leur niveau de littératie en santé.

Ces actions, touchant plusieurs acteurs, auraient un but commun : promouvoir la santé de l'enfant et de l'adulte de demain.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère des solidarités et de la santé. Les 1000 premiers jours : là où tout commence. 2020 sept.
2. Simeoni U. Le développement et les 1000 premiers jours : une opportunité de prévention précoce en santé. Spirale. 2019;N° 92(4):42.
3. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. 2005 sept.
4. Haute Autorité de Santé. Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2020 févr p. 225.
5. Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation. 2018 févr.
6. Article L2132-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006687404](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687404)
7. Ministère de la santé et de la prévention. Les certificats de santé de l'enfant [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-certificats-de-sante-de-l-enfant>
8. Buisson G, Marianowski R, Godey B, Cochard C, Ribaute E, Challamel M, et al. GUIDE MÉTHODOLOGIQUE Protocole d'examens systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois. 2020 mars p. 71.
9. Fauchier-Magnan E, Fenoll PB. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. :185.
10. Ameli. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
11. Sommelet PD. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. :950.
12. Arrêté du 20 août 2021 modifiant l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043985440>
13. Données internes de la PMI du Pas-de-Calais.

14. Baghdadli A, Picot MC, Pascal C, Pry R, Aussilloux C. Relationship between age of recognition of first disturbances and severity in young children with autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 juin 2003;12(3):122-7.
15. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 5. paperback print. New Brunswick: Aldine Transaction; 2010. 271 p.
16. Benoit L. Chapitre 8. La théorie ancrée (Grounded Theory): In: *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* [Internet]. Dunod; 2021. p. 127-44. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie-clinique-2021--9782100819355-page-127.htm?ref=doi>
17. Dommergues JP. Carnet de santé : informativité et confidentialité. *Arch Pédiatrie*. avr 2004;11:S42-5.
18. Article R534-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006750698/1995-02-18](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006750698/1995-02-18)
19. Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant. 2016 mai.
20. Dugué F. Pourquoi est-il si difficile de développer la prévention en santé ? : *Enfances Psy*. 25 juin 2018;N° 77(1):13-24.
21. Armstrong K. If You Can't Beat It, Join It: Uncertainty and Trust in Medicine. *Ann Intern Med*. 5 juin 2018;168(11):818-9.
22. Doan ML. Incertitude diagnostique rencontrée par les médecins généralistes de l'Hérault en pédiatrie: une étude quantitative descriptive. :102.
23. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Kandel O, Desessarts T. Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique. *Dict Résultats Consult Sémiologie Situat Clin En Médecine Générale*. :48.
24. Ministère des solidarités et de la santé. Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant.
25. Viardot M. Dépistage précoce des Troubles du Spectre de l'Autisme en Médecine Générale, enquête sur les pratiques en Côte-d'Or et en Haute-Marne. Université de Bourgogne; 2021.
26. Charlot A. Les médecins généralistes dans leur rôle de repérage des troubles du spectre autistique : Étude de leurs représentations et ressentis. Université de Lille; 2021.
27. Machuron P. Etat des lieux du repérage précoce des troubles du neurodéveloppement par les médecins généralistes de la région Sambre-Avesnois. Université de Lille; 2021.

28. Dupuis J. Comment les médecins généralistes de Haute-Normandie dépistent-ils les troubles du neuro-développement de l'enfant de la naissance à 3 ans ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2020.
29. Dutel E. ATTITUDE DES MEDECINS GENERALISTES FACE A UN RETARD DE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR CHEZ L'ENFANT Etude qualitative auprès de 12 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. [Université Claude Bernard Lyon 1]; 2015.
30. Mackrides PS, Ryherd SJ. Screening for developmental delay. *Am Fam Physician*. 1 sept 2011;84(5):544-9.
31. Laure P, Trépos JY. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes: *Santé Publique*. 1 déc 2006;Vol. 18(4):573-84.
32. Glascoe FP, Squires JK. Quality Developmental Screenings Are Essential to Quality Surveillance. *Pediatrics*. 1 nov 2013;132(5):e1450-e1450.
33. Hix-Small H, Marks K, Squires J, Nickel R. Impact of Implementing Developmental Screening at 12 and 24 Months in a Pediatric Practice. *Pediatrics*. 1 août 2007;120(2):381-9.
34. Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans. 2020.
35. Lecointre C. Intuition : génie ou folie ? : Réflexion autour de l'usage et de la légitimité de l'intuition dans le soin en pédiatrie. *Rev Fr Déthique Appliquée*. 11 mai 2020;N° 9(1):129-43.
36. Farmer M, Baille N, Doublet C, Kojayan R. 1 000 jours pour changer l'avenir : ces signes précoces de troubles du neurodéveloppement permettant une prise en charge précoce. *Périnatalité*. juin 2021;13(2):68-76.
37. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. janv 2020;(numéro 1140).
38. Inspection générale des affaires sociales. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. 2021 mai.
39. Grzelka L. Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant de moins de 3 ans et difficultés rencontrées en médecine générale: étude qualitative auprès de 14 médecins béarnais. Université de Bordeaux;
40. Catalan A. Proposition d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans : étude qualitative auprès des pédiatres et des généralistes du Vaucluse. Université Aix Marseille;
41. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes: *Prat Organ Soins*. 1 déc 2010;Vol. 41(4):331-9.

42. Laheurte K. Évaluation d'une campagne d'information concernant la mise en place de la plateforme de coordination et d'orientation des troubles du neurodéveloppement du secteur de Saint Nazaire auprès des médecins généralistes. Université de Nantes; 2022.
43. Leblanc A. Le carnet de santé de l'enfant : quelles missions ? : *Enfances Psy.* 25 juin 2018;N° 77(1):49-58.
44. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* déc 2015;25(6):1053-8.
45. Richard C, Lussier MT. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie Médicale.* mai 2009;10(2):123-30.
46. Bouffard M, Solar C, Lebel P. Portrait de pratiques pro-littératie pour un partenariat de soins. *Pédagogie Médicale.* 2018;19(2):55-63.
47. Vamos S, Okan O, Sentell T, Rootman I. Making a Case for "Education for Health Literacy": An International Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 24 févr 2020;17(4):1436.
48. Douteau S. Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade: revue de la littérature. :99.
49. Lugherini P. Le rôle du médecin traitant dans l'éducation des enfants. 2020;100.
50. Balansard M, de Cherisey M. *Décider ça se travaille !* Eyrolles.
51. Jeantet A. *Les émotions au travail.* CNRS Editions. 2021. (Biblis).
52. Ravat J. Actions, émotions, motivation : fondements psychologiques du raisonnement pratique: *Le Philosophoire.* 1 nov 2007;n° 29(2):81-95.
53. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion? :155.

# ANNEXES

## Annexe 1 : examen du 24<sup>ème</sup> mois dans le carnet de santé de 2018 (dernière version)



### EXAMEN AU COURS DU VINGT-QUATRIÈME MOIS

Surveillance médicale

À 24 mois, votre enfant :

- utilise son index pour désigner quelqu'un ou quelque chose ;
- joue à faire semblant ;
- vous imite dans la vie quotidienne ;
- vous sollicite pour jouer.

**Préparer la consultation**

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ? .....

Y a-t-il des animaux dans la maison ? .....

**Un médecin doit, au cours du 24<sup>e</sup> mois, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le troisième certificat de santé obligatoire à cet âge.**

Quelle est l'alimentation de votre enfant ? .....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....

- Si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup ;
- si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre enfant.

**Parlez-en avec votre médecin.**

**Avant 3 ans, évitez l'exposition aux écrans : télévision, ordinateur, tablette, smartphone.**

### Examen médical

Date :  /  /  Poids :  kg Taille :  cm PC :  cm  
 Risque de saturnisme non  oui  IMC :

<p> Cornées transparentes non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Pupilles normales non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Poursuite oculaire normale non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Strabisme non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, pris en charge non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p> Tympan normaux à gauche non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>à droite non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Test à voix normale non fait <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/></p> <p>Résultat : normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/> avis spécialisé demandé <input type="checkbox"/></p>	<p>Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ? non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, test utilisé : .....</p> <p>Résultat : normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/> avis spécialisé demandé <input type="checkbox"/></p>
---	--

**Développement**

<p>Marche acquise non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>À quel âge ..... mois</p> <p>Associe deux mots non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Comprend une consigne simple non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Pointe du doigt non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>	<p>Nomme au moins une image non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Sollicite un adulte/ une autre personne non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Superpose des objets non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Joue à faire semblant non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
--	---

**Examen somatique et synthèse de la consultation** (indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

Cachet et signature du médecin :

44

45

*chez les enfants de moins de 7 ans*



## SIGNES D'ALERTE

### À 24 MOIS

2 « non » dans 2 domaines différents

**Motricité globale, contrôle postural et locomotion**

- Court avec des mouvements coordonnés des bras  oui  non
- Monte les escaliers marche par marche (seul ou avec aide)  oui  non
- Shooote dans un ballon (après démonstration)  oui  non

**Motricité fine (cognition)**

- Empile cinq cubes (sur modèle)  oui  non
- Utilise seul la cuillère (même si peu efficace)  oui  non
- Encastre des formes géométriques simples  oui  non

**Langage oral**

- Dit spontanément plus de dix mots usuels  oui  non
- Associe deux mots (bébé dodo, maman partie)  oui  non

**Socialisation**

- Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dînette, garage)  oui  non
- S'intéresse aux autres enfants (crèche, fratrie, etc.)  oui  non

Commentaire libre :

En cas de suspicion clinique de trouble du spectre de l'autisme, la grille peut être complétée par l'outil M-C.H.A.T. de 16 à 30 mois.

10 /



## Annexe 4 : Lettre d'information

HEINTZ Pauline

Médecin généraliste remplaçante  
Inscrite en année de thèse à la Faculté de Lille

Cher confrère, Chère consœur,

La quasi-totalité des médecins généralistes installés reçoivent des enfants en consultation.

A partir d'entretiens auprès de médecins généralistes du Pas-de-Calais, l'objectif de ma thèse est d'optimiser, de promouvoir et de faciliter le dépistage lors de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois.

Le sujet de cette thèse est en corrélation avec les préoccupations actuelles de santé publique relatives aux troubles du neurodéveloppement.

Par conséquent, votre regard sur cette période du développement de l'enfant m'intéresse particulièrement.

Dans ce cadre, je souhaiterais vous rencontrer pour un échange. Celui-ci est prévu pour être anonyme, riche, mené à votre cabinet médical à l'heure qui vous convient. Et nous ne parlerons pas de COVID...

Le seul critère d'exclusion à cette étude est l'absence de suivi pédiatrique.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) portant le n°2020-253 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr).

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : -----

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à cette demande et je reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Je vous prie d'agréer mes salutations confraternelles.

## Annexe 5 : Guide d'entretien évolutif

Présentation de la thèse et contexte

Bien avoir le consentement du médecin

Ajout : bien rappeler au médecin qu'on parle du 24 mois, le recentrer sur l'enfant de 24 mois pendant l'entretien

Laisser parler le médecin, ne pas couper la parole

### 1) AVANT la consultation du 24<sup>ème</sup> mois

Comment se sent le MG face à un enfant ? / Organisation particulière en amont, se sent-il bien dans son organisation ?

Education aux parents quant à l'intérêt de cet examen ?

>> demander pourquoi ? comment ?

Ajout : bien comprendre pourquoi ils se sentent bien face aux enfants (leur stage ? leur personnalité ? leur expérience) ? comprendre si le MG a conscience qu'il voit 80% des enfants, parler de la démographie médicale ? comprendre comment il se représente un enfant de 2 ans dans son suivi ?

### 2) PENDANT la consultation du 24<sup>ème</sup> mois

Comment cela se passe avec l'enfant et les parents en consultation chez ce MG ? Je cherche à ce qu'il me raconte le déroulé d'une consultation

Le médecin me dit-il qu'il a des signes d'alerte, des points de vigilance ? et si oui ou non que fait-il pour évaluer l'enfant ?

A-t-il du matériel particulier ? (grilles, jouets, mallette ?)

Ajout : bien parler des parents et de leur relation, pourquoi les parents sont-ils aussi impliqués ?, laisser davantage parler le médecin, me parle-t-il que du somatique ou évoque-t-il le psychomoteur ? le médecin me parle-t-il de l'enfant ?

Parler davantage de l'objectivation/objectivité

Ajout : avoir en tête les 4 grands domaines de l'évaluation du développement psychomoteur, essayer d'avoir des infos chez les MG à ce sujet

### 3) APRES la consultation du 24<sup>ème</sup> mois

Suites données ? pourquoi ? comment ? avoir des notions sur les orientations qu'ils font, leur carnet d'adresses, les conseils donnés ?

Quelle traçabilité ? me parle-t-il spontanément du CS24 ? si non j'en parlerai pour qu'il me dise ce qu'il en pense, ce qu'il en fait ? les autres moyens de traçabilité (carnet, logiciel) ?

Parler des 25% des CS24 reçus par la PMI

Le vécu/ressenti du MG si anomalies lors de l'examen ?

A-t-il un réseau ?

Ajout : arrêter de poser la question sur l'intérêt de remplir le CS24, ce n'est plus très éclairant. Bien parler de leur délai de prise en charge : alliés du temps ? proactif ?

Redemander s'il se sent isolé ou pas ?

Parler de son rôle éducatif

### 4) MOTS DE LA FIN

Le MG a-t-il des perspectives d'amélioration ? des changements à proposer ? /Connait-il la période des 1000 jours ?

Ajout : s'il ne connaît pas les 1000 jours, essayer de comprendre s'il en connaît les enjeux. Demander pour quelles raisons il a été d'accord de me recevoir ? qu'est-ce qui l'a motivé ?

## Annexe 6 : Récépissé déclaration CNIL numéro 2020-253



### RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

Intitulé : Promotion de l'examen obligatoire des enfants de 24 mois en médecine générale
Référence Registre DPO : 2020-253
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Pauline HEINTZ – Mme le Dr Sylvie LE TARNEC

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 12 janvier 2021

Délégué à la Protection des Données

Annexe 7 : synthèse des grilles de qualité, issue du livre *Initiation à la recherche qualitative en santé* écrit sous la direction de Jean-Pierre LEBEAU

Item à rechercher / Question à se poser	Manuscrit : commentaires, présence
<b>Intérêt de la question de recherche</b>	
La question de recherche est-elle bien établie ?	Question de recherche (ou objectif) explicite et compréhensible
La question de recherche est-elle pertinente en termes de pratique clinique, de santé publique ou de politique de santé ?	Question de recherche (ou objectif) justifiée et en lien avec les connaissances existantes (recherche empirique, théories existantes, politiques de soins)
<b>Pertinence de la méthode qualitative</b>	
La méthode qualitative est-elle la meilleure approche méthodologique des objectifs de l'étude ?	Justification a minima du choix de la méthode
L'approche choisie est-elle la meilleure pour traiter la question de recherche ?	Justification de l'approche en fonction de la question (ou objectif)
<b>Clarté/ transparence des procédures</b>	
<i>Echantillonnage</i>	
Les participants choisis sont-ils les plus appropriés pour fournir les connaissances recherchées par l'étude ?	Critères de sélection de l'échantillon détaillés et justifiés
La stratégie de recrutement est-elle appropriée ?	Description précise et détaillée du recrutement
Peut-il y avoir des biais de sélection ?	Liste des refus de participer avec une description minimale des raisons
<i>Collecte des données</i>	
Le format du recueil (individuel ou collectif, semi-directif ou approfondi) est-il cohérent avec l'approche et justifié ?	Choix du ou des types d'entretien explicite et justifié
La collecte de données a-t-elle été systématique et exhaustive ?	Technique de collecte décrite. Guide d'entretien et ses révisions éventuelles fournis
Les caractéristiques du groupe / échantillon et du cadre général / terrain sont-elles clairement exposées ?	Description précise du groupe éventuel et du cadre des entretiens
Quand et pourquoi la collecte des données s'est-elle achevée, les explications sont-elles valables ?	Suffisance des données décrite et justifiée
<i>Rôle des chercheurs</i>	
Quelle est la compétence du ou des chercheur(s) ? Pourrait-il exister des biais de collecte ou d'analyse ?	Pourrait-il y avoir une confusion entre les rôles de chercheur et de clinicien ? Les questions d'éthique sont-elles abordées ? L'influence des opinions des chercheurs sur les formulations des questions, la collecte et l'analyse sont-elles discutées ?
<i>Éthique</i>	
Le consentement éclairé de chaque participant a-t-il été demandé et accordé ?	Processus de consentement éclairé est explicitement écrit et détaillé
Comment ont été assurés l'anonymat et la confidentialité des participants ?	Processus d'anonymisation détaillé (y compris la destruction des enregistrements après retranscription)
L'approbation d'un comité d'éthique approprié a été reçue ?	Comité, date et numéro de l'accord
Une déclaration à la CNIL a-t-elle été faite ?	Date et numéro de la déclaration
<b>Bien fondé du processus d'analyse</b>	
<i>Analyse</i>	
Ce type d'analyse est-il approprié pour ce type d'étude ?	L'approche d'analyse est justifiée et décrite de façon détaillée
Y a-t-il des citations, sont-elles appropriées et valides ?	Citations appropriées
Les données citées sont-elles fiables, dignes de confiance, et en rapport avec les interprétations données ?	Contexte et éléments de compréhension des données très détaillés Indicateurs de fiabilité de l'analyse présents : triangulation et contrôle extérieur détail des étapes conduites en aveugle, processus de résolution des divergences
<b>Discussion et présentation</b>	
Les résultats sont-ils correctement insérés dans un cadre général, théorique ou conceptuel (théorie de la communication, processus d'acquisition des connaissances, etc.) ? Qu'apportent les résultats aux connaissances et conclusions antérieures ?	Analyse de la contribution des résultats à la littérature théorique et empirique existante
Les limites du travail sont-elles soigneusement prises en compte ?	Limites toutes explicitement décrites et discutées
Les critères de qualité sont-ils présents ?	Critères de qualité tous explicitement décrits et discutés
L'écriture a-t-elle les qualités requises ?	Format et nombre de mots respectés Méthode détaillée, claire, reproductible Citations au format requis Écriture scientifique

**AUTEURE : Nom : HEINTZ**

**Prénom : Pauline**

**Date de soutenance : 9 décembre 2022**

**Titre de la thèse :** L'examen du 24<sup>ème</sup> mois en médecine générale : entre obligation et conviction

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + spécialité :** DES de Médecine générale

**Mots-clés :** 1000 jours, examen obligatoire enfant, dépistage enfant, troubles du neuro-développement, retard de développement, médecin généraliste

**Résumé :**

**Contexte :** les 1000 premiers jours d'un enfant correspondent à une période charnière de sa vie. Les actions précoces sur sa santé et son environnement auront un impact sur son devenir. Au terme des 1000 jours, le rôle des médecins généralistes est de réaliser l'examen du 24<sup>ème</sup> mois et de remplir un certificat, dont les données ne s'avèrent pas assez contributives. Lors des bilans réalisés à 4 ans par la PMI, de nombreux troubles sont découverts. Pourtant, les données actuelles concernant les troubles du neuro-développement précisent l'existence de signes d'alerte plus précoces. Des troubles découverts à 4 ans ont alors pu échapper au repérage précoce de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois.

**Objectif :** explorer les facteurs influençant la pratique de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois par les médecins généralistes du Pas-de-Calais.

**Méthode :** une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée de décembre 2020 à février 2022 jusqu'à suffisance des données. Le codage manuel et triangulé de neuf entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Pas-de-Calais a permis l'émergence d'un modèle explicatif.

**Résultats :** l'examen du 24<sup>ème</sup> mois était perçu avec des interprétations variées de l'obligation. La représentation que les médecins avaient de l'étape de l'âge de 2 ans orientait leurs pratiques. Ils pouvaient se sentir indifférents pour l'âge de 2 ans ; l'examen les envahissait, les isolait. Ils pratiquaient dans l'incertitude avec leurs propres alertes et entraient dans une relation ambivalente avec les parents. S'ils considéraient l'âge de 2 ans comme un âge primordial dans son développement, c'est qu'ils avaient exprimé des états émotionnels, comme la peur ou la crainte, à l'origine d'une prise de conscience et d'une remise en question de leurs pratiques. Des changements et des actions avaient été opérés. Ils s'approprièrent l'examen et devenaient convaincus.

**Conclusion :** ces résultats permettraient aux médecins généralistes de porter un regard sur leurs pratiques, ils pourraient permettre aux autorités scientifiques de pouvoir se placer au plus près de la réalité du terrain et ils permettraient de repenser la place des parents dans l'examen. Le but commun étant la santé de l'enfant et de l'adulte de demain.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Dominique TURCK**

**Assesseurs : Dr Anne-Marie REGNIER et Dr Jan BARAN**

**Directeur de thèse : Dr Sylvie LE TARNEC**

