

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°10

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Nathalie ERBACHER
née le 20 décembre 1977 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 21 avril 2006

Observation du comportement de l'enfant de
deux ans en consultation de médecine générale

Président : Monsieur le Professeur AMAR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur CANEVET

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	6
II – MATERIEL ET METHODE	8
<u>2-1 Type d'étude</u>	8
<u>2-2 Moyen utilisé</u>	8
<u>2-3 Les investigateurs</u>	10
<u>2-4 Période concernée</u>	11
<u>2-5 L'analyse statistique</u>	11
III – RESULTATS	12
<u>3-1 Population</u>	12
3-1-1 Répartition des questionnaires par médecin	12
3-1-2 Répartition par âge des enfants observés	13
3-1-3 Répartition des enfants observés par sexe	14
3-1-4 Répartition en fonction des antécédents	15
3-1-5 Répartition en fonction du motif de consultation	17
3-1-6 Répartition en fonction de la connaissance qu'a l'enfant du médecin consulté	18
3-1-7 Répartition en fonction de la présence ou non d'un objet transitionnel amené par l'enfant	19
3-1-8 Répartition en fonction de l'adulte accompagnant l'enfant en consultation	20

<u>3-2 Résultats étape par étape</u>	21
3-2-1 Dans la salle d'attente	22
3-2-2 A l'entrée dans la salle de consultation	22
3-2-3 Lors de l'interrogatoire	24
3-2-4 Lors du déshabillage	25
3-2-5 Lors du premier contact physique enfant/médecin	27
3-2-6 Lors de l'auscultation	30
3-2-7 Lors de l'allongement	32
3-2-8 Lors de l'examen des tympans	35
3-2-9 Lors de l'examen de la gorge	37
3-2-10 A la fin de l'examen	38
3-2-11 A la délivrance de l'ordonnance	41
3-2-12 A la sortie de la salle de consultation	42

3-3 Résultats transversaux 44

3-3-1 Fréquence des différents comportements à chaque étape, toutes consultations confondues	44
3-3-2 Fréquence des enfants ayant une attitude calme par étape	46
3-3-3 Tableau comparatif de différents profils de comportements	48
3-3-4 Quelle est la place du jeu lors de la consultation ?	50
3-3-5 L'objet transitionnel interfère-t-il dans le comportement de l'enfant ?	51
3-3-6 Le sexe de l'enfant a-t-il un rôle dans son comportement ?	53
3-3-7 Fréquence des comportements « N4 », « N7 » et « N9 » en fonction de l'adulte accompagnant	55
3-3-8 Les enfants « N4 » seront-ils nécessairement « N7 », « N8 » et « N9 » ? Sont-ils les mêmes que ceux aux comportements « N7 », « N8 », « N9 » ?	56
3-3-9 Quelle est la relation entre un comportement « N7 » et les comportements « N8 » et « N9 » ?	57

IV – DISCUSSION 59

4-1 Limites de l'étude 59

4-1-1 L'observation participante et naturaliste	59
4-1-2 Limites de l'utilisation d'un questionnaire à questions fermées	59
4-1-3 Limites du travail d'observation	60
4-1-4 Abstraction de l'environnement	60

<u>4-2 Validité des résultats</u>	60
<u>4-3 Relations entre le comportement de l'enfant et son développement psychologique, affectif et intellectuel</u>	61
4-3-1 Que représente l'angoisse chez l'enfant ? Comment la gère t-il ?	61
4-3-2 Le jeu	62
4-3-3 La négation, l'opposition	64
4-3-4 Le rôle de la mère... et celui du père	65
4-3-5 L'intrusion	66
4-3-6 Le déséquilibre	69
4-3-7 L'objet transitionnel	70
4-3-8 La relation médecin / enfant / maladie	71
4-3-9 Et les vaccins ?	72
4-3-10 Dépister les pathologies	72
<u>4-4 Les objectifs de l'étude sont-ils atteints ?</u>	73
V – CONCLUSION	74
VI – ANNEXE	77
VII – BIBLIOGRAPHIE	81

I – INTRODUCTION

Bien qu'éprouvant depuis de nombreuses années un plaisir à examiner les enfants, j'ai rapidement été confrontée à des difficultés lors du stage chez le praticien concernant les consultations d'enfants de deux ans. J'ai constaté une opposition qui me semblait très fréquente voire presque inéluctable à un moment donné de la consultation, moment variable selon les jeunes patients mais pouvant débuter dès l'entrée dans le cabinet médical. Fréquemment, je me sentais dépourvue face à ces enfants au visage inquiet, pleurant souvent voire hurlant et se débattant alors que je persévérais dans un examen qui, j'en prenais rapidement conscience, serait finalement peu contributif.

Les consultations de nourrissons de 0 à 12 mois me posaient moins de problèmes car, à moins d'être douloureux, d'avoir faim ou froid, ils étaient souvent calmes dans les bras de la mère. Tandis que les enfants âgés de plus de 3 ans, dotés le plus souvent d'une communication verbale, m'impressionnaient moins.

J'ai essayé alors de comprendre pourquoi ces consultations d'enfants de 12 à 30 mois m'étaient si difficiles :

- Ai-je fait l'impasse sur des cours de pédiatrie essentiels au bon déroulement de l'examen? Mais en les relisant, je n'y ai pas trouvé de réponse.
- Est-ce parce que l'enfant ne parle pas? Pas seulement car le nourrisson, plus jeune, me pose moins de difficultés .
- Ce comportement s'intègre t-il dans le développement psychoaffectif normal de l'enfant de cet âge ; auquel cas, dois-je m'inquiéter lorsqu'un examen se déroule sereinement ?

J'ai découvert, après revue de la littérature (*Médecine et Enfance*, bibliothèque inter universitaire de médecine, *revue du praticien*, *concours médical*, le moteur de recherche Internet *pubmed* et le catalogue de système universitaire de documentation *sudoc*), de nombreux travaux concernant le déroulement d'un examen pédiatrique (7,8), le développement psychomoteur, affectif et social de l'enfant (19). Des ouvrages traitent de la relation de l'enfant à son corps (16), à la maladie (27,32) ; il existe également de nombreuses études sur le comportement de l'enfant au cabinet dentaire ainsi que sur l'anxiété générée par les soins odontologiques (21,30) mais je n'ai trouvé aucune étude sur le comportement de l'enfant de deux ans en consultation médicale ; ce qui me semble dommage étant donné que l'enfant ne consulte le dentiste qu'à partir de l'âge de six ans environ tandis qu'il a vu le médecin une dizaine de fois dès sa première année.

Etant donné le contexte actuel où le nombre de pédiatres installés en libéral décroît, où la proportion de consultations pédiatriques menées par le médecin généraliste augmente et du fait même que je souhaite mieux comprendre et assurer la prise en charge de ces patients, j'ai décidé de mener une étude descriptive du comportement de l'enfant de 12 à 30 mois en consultation de médecine générale.

Cette étude, assortie de la lecture de différents ouvrages, a pour but de comprendre un peu mieux l'interaction entre l'enfant et le médecin :

- Afin de développer avec l'enfant une relation solide basée sur la confiance et le respect mutuels,
- Et contribuer à la réflexion sur les bonnes conditions de réalisation d'un examen clinique contributif dans un contexte serein.

De nombreuses questions m'intéressaient :

1. Quelle est la fréquence des consultations pendant lesquelles l'enfant semble angoissé à un moment donné?
2. Y a-t-il des étapes de la consultation particulièrement anxiogènes ? Si oui, peut-on identifier la raison de l'angoisse ? Peut-on y remédier ?
3. L'enfant anxieux a-t-il des antécédents particuliers ?
4. Peut-on attribuer ces difficultés au souvenir des consultations antérieures ? Au souvenir douloureux des vaccinations ?
5. Le fait de connaître le médecin est-il anxiogène ou au contraire rassurant?
6. L'enfant est-il rassuré par l'objet transitionnel éventuellement amené ? La consultation en est-elle facilitée ?
7. Le sexe de l'enfant influence-t-il son comportement ?
8. L'enfant opposant est-il réellement angoissé ? A cet âge, peut-il être capricieux ?
9. A quel stade de développement relationnel se situe l'enfant ?
10. Comment distinguer comportements physiologiques et pathologiques ?
11. Peut-on prétendre examiner un enfant de la même façon qu'un adulte ? Et plus particulièrement un enfant de deux ans, âge qui me semble critique ?

Répondre à toutes ces questions me semblait difficile ; j'ai donc choisi d'en cibler quelques unes et j'ai tenté d'élaborer un outil d'aide à la compréhension du comportement de l'enfant, dans la perspective d'une meilleure efficacité médicale.

II – MATERIEL ET METHODE

2-1 Type d'étude

Au cours du stage chez le praticien, j'ai réalisé une étude exploratoire, descriptive, prospective, non randomisée concernant la population des enfants de 12 à 30 mois.

2-2 Moyen utilisé

Cette étude s'est appuyée sur un questionnaire (cf. annexe) que j'ai élaboré progressivement au cours d'une période d'observation préliminaire de consultations pédiatriques de 4 semaines.

Il est constitué de 12 items correspondants à des étapes fondamentales de l'examen clinique pouvant induire chacune un changement de comportement de l'enfant. Il s'agit :

1. de l'étape dans la salle d'attente ;
2. de l'entrée dans la salle de consultation ;
3. de l'interrogatoire de l'adulte accompagnant l'enfant concernant le motif de consultation, la description des symptômes, les antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux de l'enfant s'ils ne sont pas connus du médecin...à cette étape, le praticien recueille les informations pouvant orienter le diagnostic et la prise en charge de celui-ci. Bien entendu, il est possible qu'il interroge l'enfant ;
4. du déshabillage, effectué très fréquemment par l'adulte accompagnant l'enfant ;
5. du premier contact physique du médecin avec le jeune patient; cette étape peut avoir lieu dès l'entrée de celui-ci dans le cabinet. Mais le plus souvent, il s'agit du début de l'examen physique ;
6. de l'auscultation cardiaque et pulmonaire de l'enfant ; cette étape est physiquement indolore; en revanche, elle fait intervenir un instrument : le stéthoscope ;
7. de l'allongement sur la table d'examen ; cette étape survient fréquemment afin d'effectuer la palpation abdominale et l'examen ORL. Certains enfants sont allongés dès le début, d'autres ne le sont pas du tout ;
8. de l'examen des tympans, effectué avec un nouvel instrument, lumineux : l'otoscope ;
9. de l'examen de la cavité buccale réalisé avec un abaisse-langue ; celui-ci est rigide, en bois ou en plastique de couleur ;

10. de la fin de l'examen clinique : étape où l'enfant a compris que l'examen est terminé ; le médecin l'a par exemple reposé sur le sol, lui a dit que c'était fini ou a demandé à l'adulte de le rhabiller ;
11. de la délivrance de l'ordonnance : le médecin donne des explications à l'adulte, parfois à l'enfant et rédige l'ordonnance ;
12. de la sortie de la salle de consultation.

Le questionnaire présente les étapes dans cet ordre mais celui-ci est variable ; l'investigateur précise alors l'ordre dans lequel la consultation s'est déroulée.

L'éthologie nous apprend que les comportements élémentaires sont constants dans leur forme ; ils sont incorporés dans des messages ou des signaux reconnus par les individus d'une même espèce. Ces comportements sont associés à l'expression des émotions primaires telles que la colère, l'hostilité, la crainte, l'empathie, la sollicitation d'indulgence, etc. (10,11,28). Cela est particulièrement vrai chez le nourrisson qui possède une communication verbale limitée et dont l'imprégnation culturelle est insuffisante pour lui permettre de réprimer des comportements « naturels ». L'éthogramme est défini comme étant le catalogue de tous les comportements caractéristiques d'une espèce ; les répertoires d'éthogramme chez le nourrisson sont répartis en deux catégories :

- celle des signaux amicaux (rapprochement, séduction, sollicitation, cohésion)
- celle des signaux agressifs (évitement, menace, fuite, hostilité, défi ou alarme)

Ces signaux ne sont pas nécessairement synonymes « d'alliés » ou « d'ennemis » et n'impliquent pas un état permanent de haine ou d'affection. Un comportement amical est l'expression d'un tropisme temporaire positif vis-à-vis de l'autre et inversement.

Ainsi, la grille d'observation est constituée d'items comportementaux regroupés en quatre catégories:

1. comportements coopératifs, non opposants,
2. comportements de recherche d'attention,
3. comportements d'indifférence ou d'isolement,
4. comportements d'inquiétude ou d'opposition.

La catégorie 1 regroupe les items suivants : l'enfant joue tranquillement, est calme, serein, sourit, observe, écoute, dit « au-revoir ».

La catégorie 2 concerne les comportements où l'enfant cherche activement à attirer l'attention du médecin ou de l'adulte accompagnant.

La catégorie 3 comprend les comportements manifestant une indifférence de l'enfant à la situation vécue : il est dans son monde, rêveur, se promène calmement dans le cabinet, ou poursuit son jeu malgré les sollicitations de l'examen clinique.

La catégorie 4 est constituée des comportements témoignant d'une inquiétude, d'une angoisse et/ou d'une opposition de l'enfant : celui-ci a un visage inquiet, pleure, repousse la main du médecin, est prostré, résiste, se détourne du médecin, s'agite, se débat, essaie de fuir.

Etape par étape, l'investigateur coche le comportement de l'enfant correspondant ; il lui est vivement conseillé de sélectionner plusieurs items si nécessaire afin d'établir une réponse précise.

En fin de questionnaire, sont précisés l'ordre des étapes de l'examen clinique, l'âge, le sexe de l'enfant, le motif de consultation, la présence ou non d'un objet transitionnel (le « doudou » ou la tétine), d'éventuels antécédents personnels mal vécus, voire traumatisants, pouvant avoir un rôle sur le comportement de l'enfant tels que : otite, intervention chirurgicale, hospitalisation, kinésithérapie respiratoire, suture, etc.

2-3 Les investigateurs

Dans le but d'obtenir un nombre significatif de questionnaires, j'ai sollicité l'aide de plusieurs médecins investigateurs ; à chacun, j'ai expliqué de vive voix en quoi consistait l'étude et ce que j'attendais de leur collaboration. La grille de recueil d'observation leur a été présentée en détail.

4 médecins acteurs de la consultation ont participé au recueil direct des données :

- Dr SL, médecin généraliste femme, née en 1976, remplaçant en Loire-Atlantique, dans une zone touristique en période estivale ;
- Dr AGP, médecin généraliste femme née en 1976, remplaçant à Paris, dans une zone socialement plutôt favorisée,
- Dr FB, médecin généraliste homme, né en 1959, installé en Loire-Atlantique, en zone péri-urbaine.
- Dr JPC, médecin généraliste homme, né en 1951 installé en Loire-Atlantique, exerçant en zone urbaine; le recueil a eu lieu à son cabinet ainsi qu'en consultations de PMI (protection maternelle et infantile). Sa consultation est particulièrement orientée en pédiatrie.

J'ai moi-même rempli des questionnaires en tant qu'observatrice de consultations réalisées par 4 médecins :

- Dr HF, médecin généraliste homme installé en Loire-Atlantique, en zone péri-urbaine, né en 1953.
- Dr SG, médecin généraliste femme installée en Loire-Atlantique, également en zone péri-urbaine, née en 1953.
- Dr YL, médecin généraliste homme installé en Loire-Atlantique, en zone rurale, né en 1944.
- Dr DN médecin généraliste femme, née en 1950, exerçant en PMI, en Loire-Atlantique, en zone péri-urbaine. Ce médecin effectue uniquement des consultations pédiatriques.

Les consultations observées ont donc été réalisées dans des zones géographiques diverses, par des médecins hommes et femmes, d'âge et d'expérience variables.

2-4 Période concernée

Les données ont été collectées de novembre 2004 à juillet 2005.

2-5 L'analyse statistique

L'analyse statistique des données a été effectuée par l'intermédiaire du logiciel Epi-info. Les moyens statistiques utilisés sont la fréquence, l'odd-ratio, assortis quand cela est possible de leur intervalle de confiance à 95% et du p (4).

La fréquence correspond à l'expression de l'effectif d'une catégorie en fonction de l'effectif global ; elle est exprimée en pourcentage.

L'odd-ratio s'interprète comme le risque relatif dans les études où celui-ci ne peut être calculé ; c'est le cas de ce travail qui correspond à une étude cas-témoin. Il mesure la corrélation existant entre deux variables . Au maximum, un odd-ratio égal à zéro traduit une absence de corrélation entre elles. S'il est égal à 1, la variable étudiée n'est ni un facteur de risque ni un facteur protecteur pour le sujet de l'étude. Plus il est élevé, plus la corrélation entre les deux variables est forte.

L'intervalle de confiance à 95% (que l'on appellera ic) est établi selon la méthode dite exacte de Fisher. Il estime la précision des résultats d'une enquête basée sur un simple échantillon aléatoire en calculant une fourchette. Celle-ci est calculée afin de se donner 95 chances sur 100 pour que la « réalité » se situe entre les limites de cette fourchette.

Le p permet d'évaluer si une différence est statistiquement significative, c'est-à-dire si le hasard a moins de 5 chances sur 100 ($p < 0,05$) d'être intervenu dans les différences observées. Cette valeur est arbitraire ; il s'agit d'un consensus établi et valable en médecine comme dans toutes les disciplines scientifiques.

III – RESULTATS

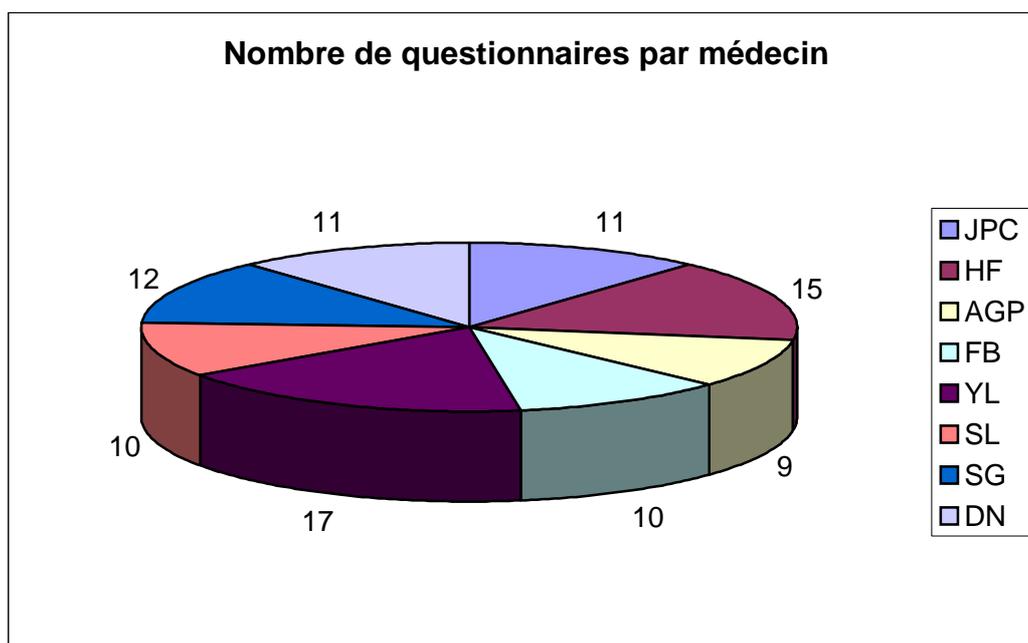
3-1 Population

98 questionnaires ont été recueillis ; 95 ont été explorés ; les 3 évincés étaient incomplets.

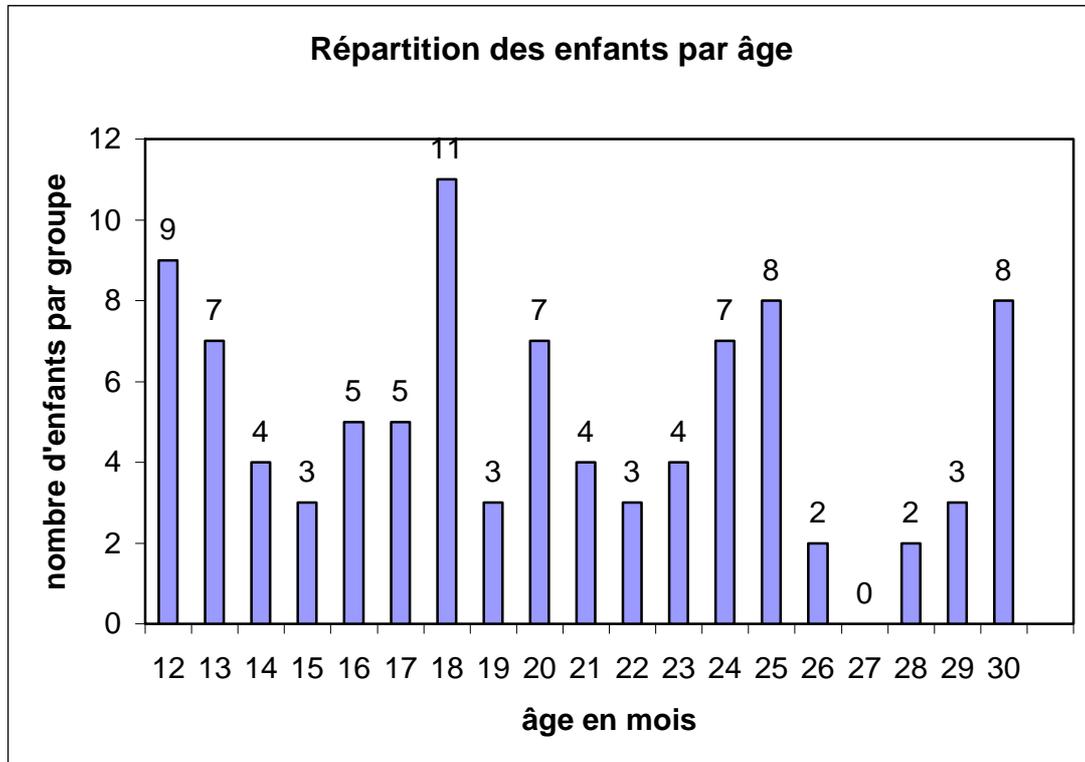
3-1-1 Répartition des questionnaires par médecin

- JPC : 11,6%
- HF : 15,8%
- AGP : 9,5%
- FB : 10,5%
- YL : 17,9%
- SL : 10,5%
- SG : 12,6%
- DN : 11,6%

Globalement, la répartition est homogène.



3-1-2 Répartition par âge des enfants observés

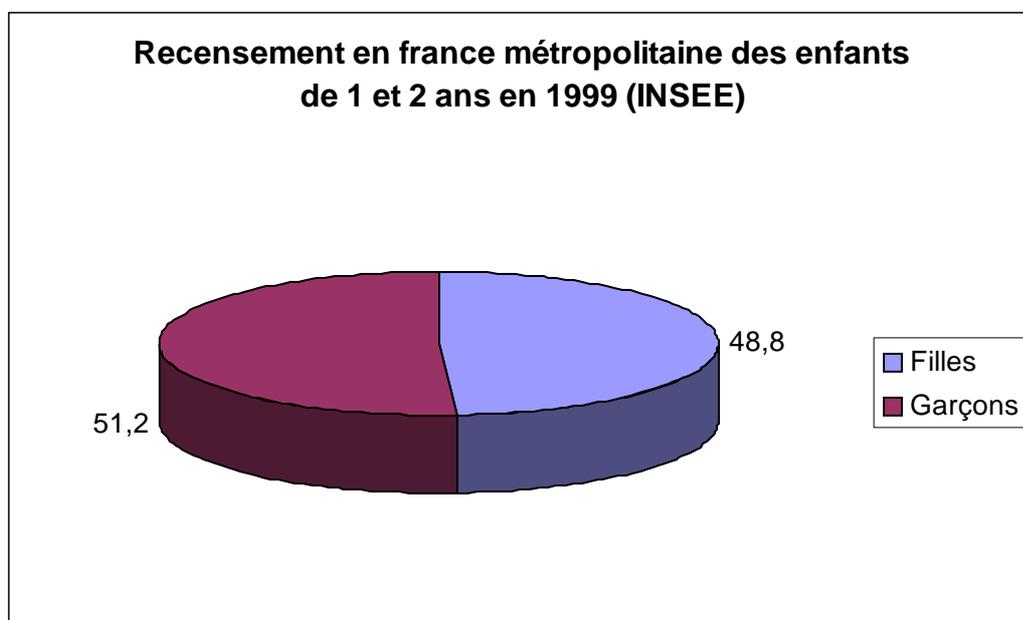
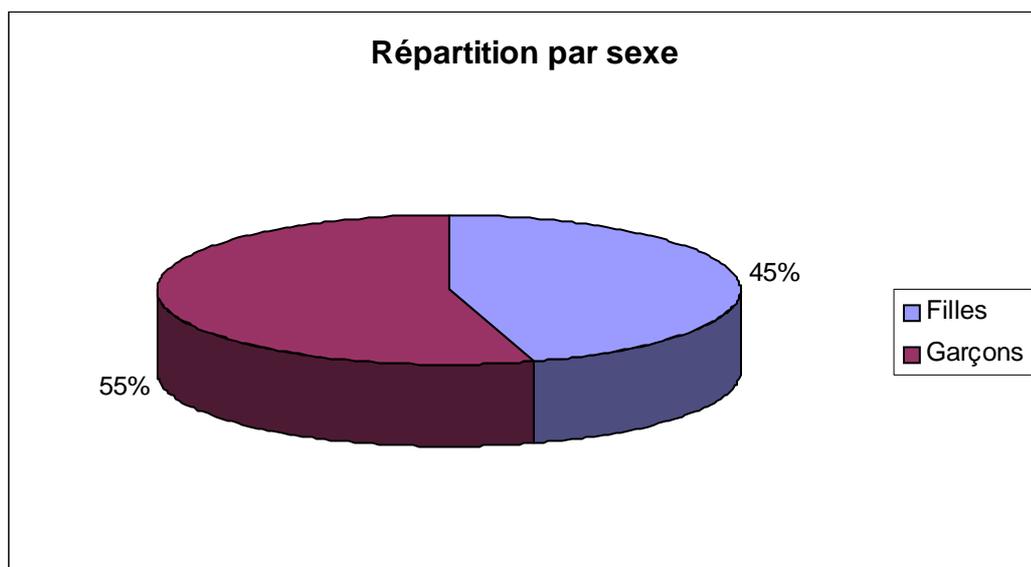


Cette répartition me paraît satisfaisante :

- Tous les âges, excepté 27 mois, ont fait l'objet de plusieurs observations.
- On ne constate pas de pic aigu dans la répartition. Les âges les plus observés sont 12, 18, 25 et 30 mois avec un maximum de 11 observations pour 18 mois.

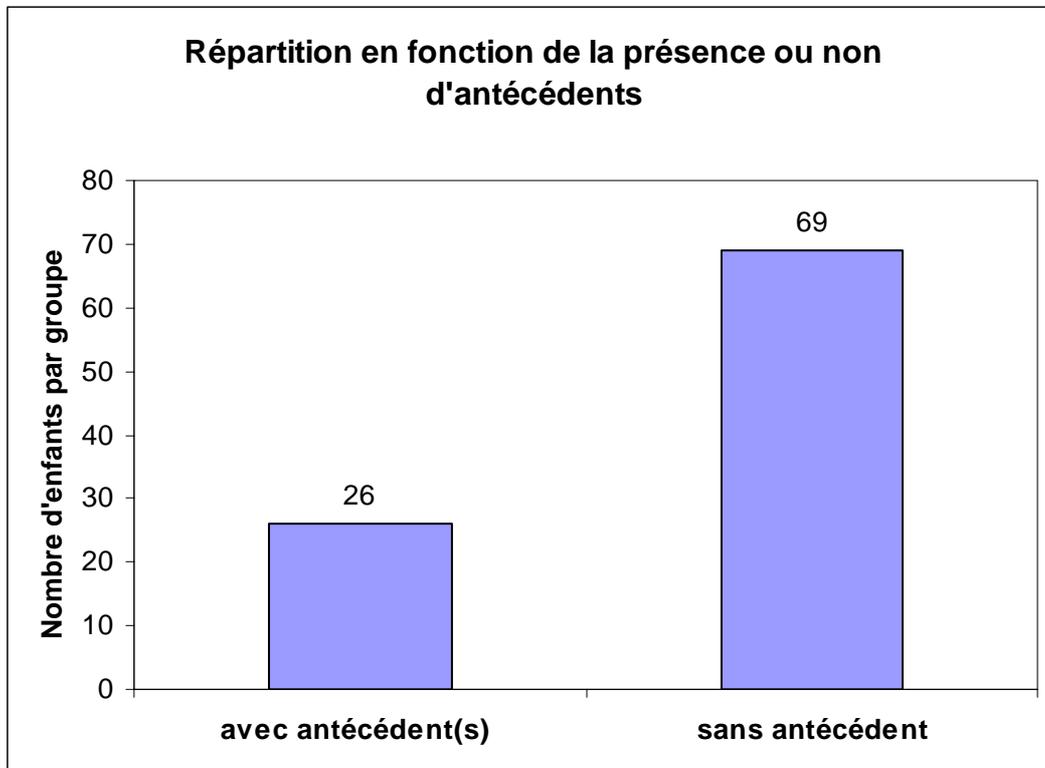
3-1-3 Répartition des enfants observés par sexe

Les observations concernent 43 filles et 52 garçons. Par rapport au nombre d'enfants de cet âge recensés en France métropolitaine en 1999, le sexe ratio est légèrement différent avec une plus grande proportion de garçons que de filles dans l'étude.



3-1-4 Répartition en fonction des antécédents

Seulement un quart environ (27,4%) des enfants observés ont des antécédents notables.

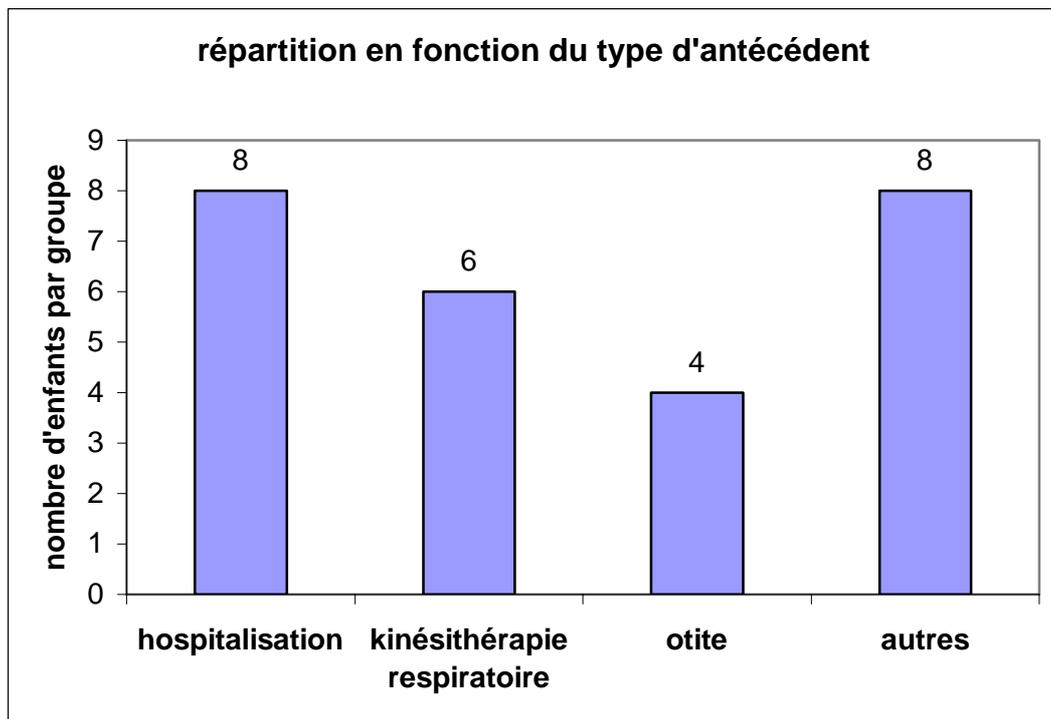


Parmi les enfants ayant des antécédents :

- 30,8% ont déjà été hospitalisés pour les motifs suivants:
 - intolérances aux protéines de lait de vache (n=2),
 - gastro-entérite aiguë (n=1),
 - chimiothérapie (n=1),
 - crise convulsive hyperthermique (n=1),
 - bronchiolite (n=1),
 - pneumopathie (n=1),
 - syndrome hémolytique et urémique (n=1).
- 23,1% ont bénéficié de kinésithérapie respiratoire récemment (n=6).
- 15,4% ont eu une otite récente (n=4).

4. Pour les 30,7% restants, d'autres antécédents ont été notifiés :

- pneumopathies traitées en ambulatoire (n=2),
- pose d'aérateurs trans-tympaniques (n=1),
- colopathie fonctionnelle (n=1),
- suture récente (n=1),
- allergie non précisée (n=1),
- extraction récente de dépôts de cérumen (n=1).
- situation de précarité sociale (n=1).



Plus de 70% des enfants de cet âge n'ont pas d'antécédents ; cette observation semble cohérente. En revanche, pour un tiers des antécédents, il s'agit d'une ou plusieurs hospitalisation(s) ; cette proportion me semble élevée.

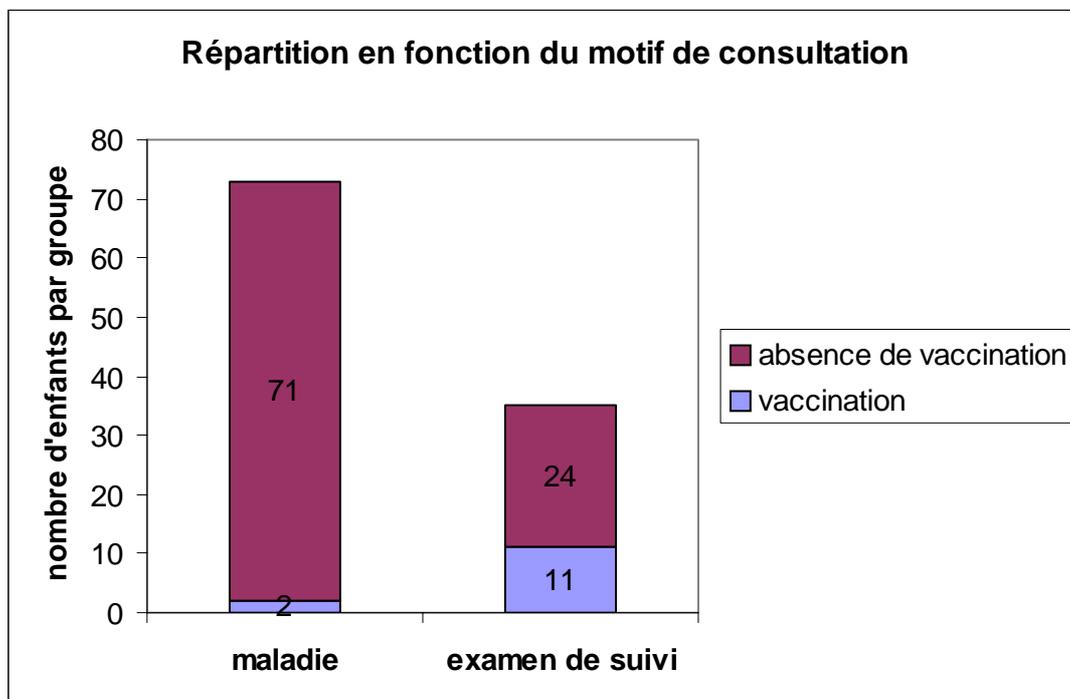
3-1- 5 Répartition en fonction du motif de consultation

J'ai distingué deux groupes : les enfants venant pour une pathologie ou un symptôme (que nous nommerons « maladie ») et ceux adressés pour un examen de suivi. Ces derniers viennent pour bilan de santé. Au moment de la consultation, ils ne souffrent d'aucun symptôme.

- 74,7% sont venus pour « maladie ». Ces motifs de consultation sont répartis ainsi :
 - 42,3% pour toux, rhinite, mal de gorge ou laryngite (n=30) ,
 - 27,4% pour fièvre (n=26),
 - 7% pour gastro-entérite aiguë (n=5),
 - 3,2% pour otalgie (n=3),
 - 2,1% pour varicelle (n=2),
 - 1,1% pour constipation (n=1),
 - 1,1% pour candidose digestive (n=1),
 - 1,1% pour éruption cutanée isolée (n=1),
 - 1,1% pour poussée dentaire (n=1),
 - 1,1% pour conjonctivite (n=1).
- 25,3% des enfants sont adressés pour un examen de suivi.

Parmi l'ensemble des enfants, certains ont reçu, lors de la consultation, une injection vaccinale :

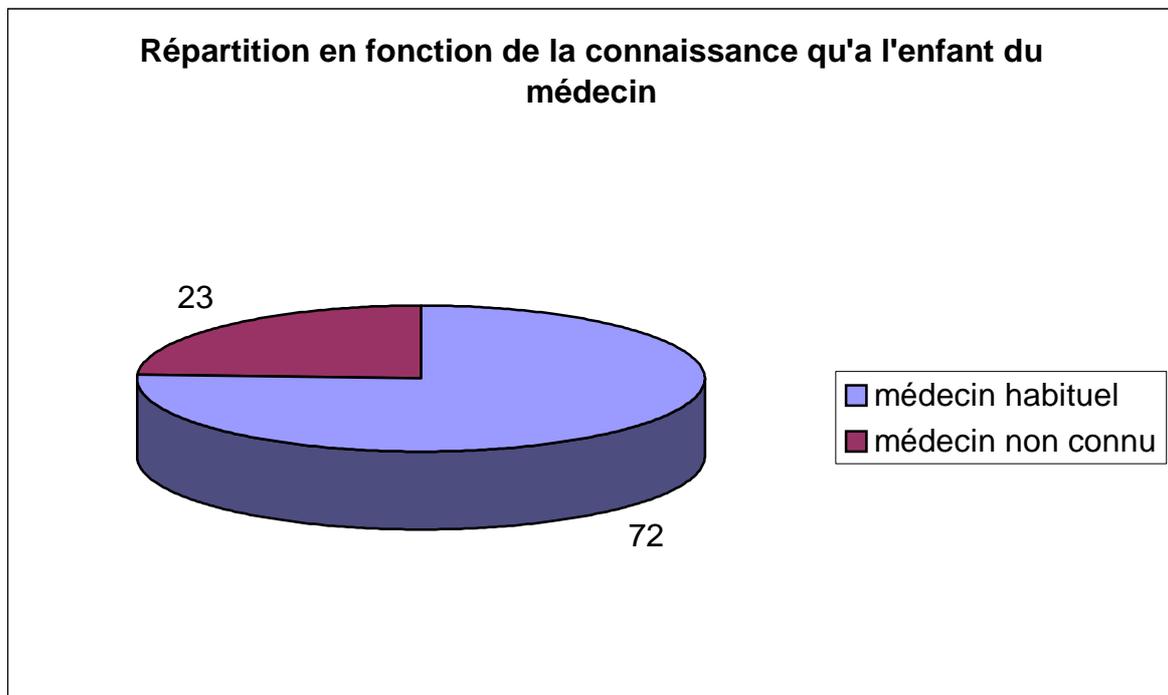
- 11,6% des enfants (n=11) ont reçu un vaccin lors d'un examen systématique,
- 2,2% des enfants (n=2) lors d'une consultation pour « maladie » (toux et conjonctivite).



Plus de la moitié des enfants sont examinés pour fièvre ou pathologie ORL ; un quart viennent pour examen de suivi ; ces résultats semblent représentatifs de la population d'enfants de 2 ans des médecins généralistes.

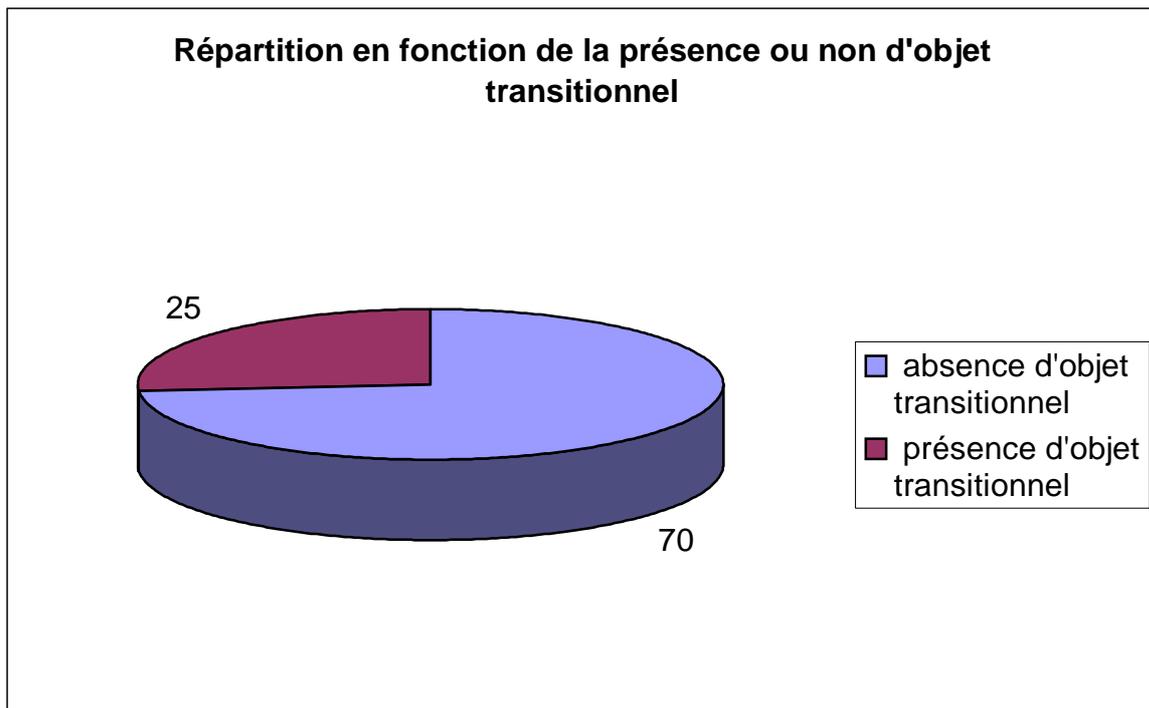
3-1-6 Répartition en fonction de la connaissance qu'a l'enfant du médecin consulté

- 75,8% des enfants (n=72) connaissent les lieux et le médecin consulté,
- 24,2% (n=23) ne consultent pas leur médecin habituel .



3-1-7 Répartition en fonction de la présence ou non d'un objet transitionnel amené par l'enfant

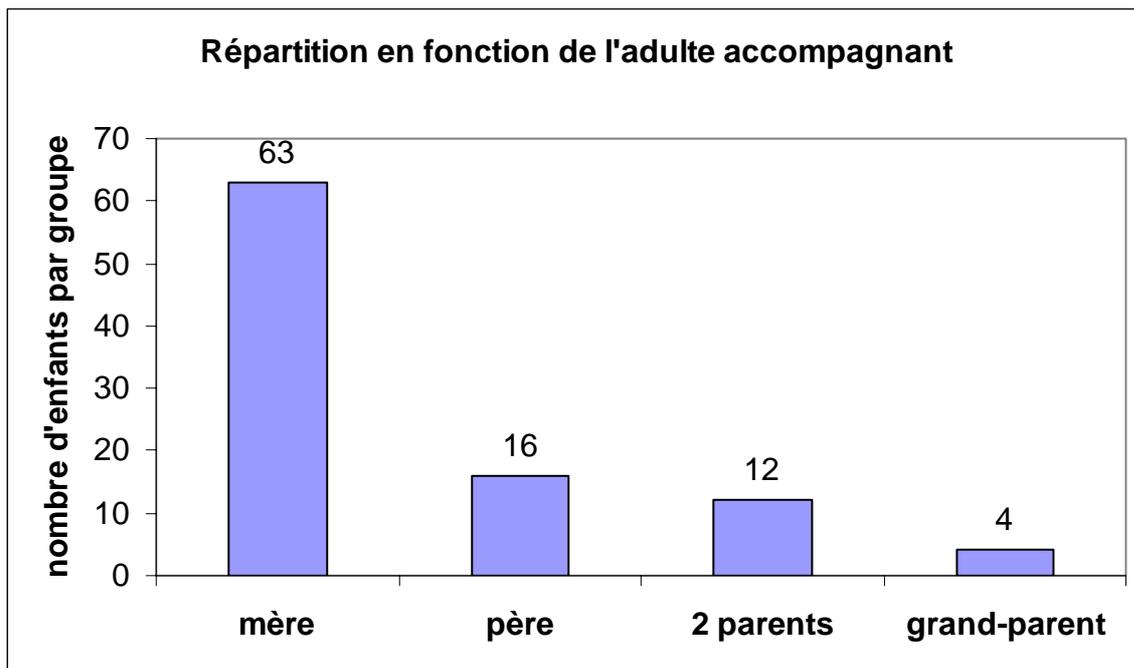
- 26,3% des enfants (n=25) sont venus en consultation avec un objet transitionnel (peluche, linge, tétine, etc.),
- 73,7% (n=70) sont venus sans.



Les trois-quart des enfants observés n'ont pas amené d'objet transitionnel lors de la consultation tandis qu'un quart sont venus avec ; ce résultat me surprend : je m'attendais à constater une proportion inverse étant donné la fréquence importante de ces objets, même plus tard lorsque les enfants commencent à aller à l'école par exemple !

3-1-8 Répartition en fonction de l'adulte accompagnant l'enfant en consultation

- 66,4% des enfants (n=63) sont accompagnés de leur mère seule,
- 16,8% (n=16) de leur père,
- 12,6% (n=12) de leurs 2 parents,
- 4,2% (n=4) sont amenés par 1 grand-parent.



Les mères accompagnent l'enfant dans la majorité des cas ; cette répartition est conforme à ce qu'observent les médecins dans leur activité quotidienne ; on peut souligner qu'aucun enfant observé n'a été adressé par l'assistante maternelle le gardant, ce qui s'observe parfois.

3-2 Résultats étape par étape

Afin de faciliter l'interprétation des résultats, j'ai regroupé certains items lors du traitement des données ;

- ainsi, les items correspondant aux comportements coopératifs sont regroupés sous le sigle « P » suivi du numéro de la question ; (P comme « expression d'un tropisme *positif* vis-à-vis de l'autre », cf. chapitre 2-2) ;
- les comportements d'inquiétude ou d'opposition sont mentionnés par la lettre « N » suivi du numéro de la question (N comme « expression d'un tropisme *négatif* ») ;
- les comportements semblant correspondre à un état d'*indifférence* sont notés « I » suivi du numéro de la question.
- Enfin, j'ai regroupé sous la lettre « A » les comportements d'enfants cherchant à *attirer* l'attention d'un adulte.

On considère comme réponse « P » les items suivants : l'enfant joue dans la salle d'attente, est calme, est souriant, observe, écoute.

On inclut dans les réponses « N » les items suivants : l'enfant a un visage inquiet, pleure mais se laisse faire, pleure et se débat, est agité, est prostré, repousse la main, essaie de fuir, s'agrippe à l'accompagnant.

Les réponses « I » correspondent aux items suivants : joue seul, «est dans son monde», semble indifférent à ce qui se passe autour de lui, ne participe pas activement à la scène, se promène calmement dans le cabinet.

Les réponses « A » concernent les items : l'enfant cherche à attirer l'attention de l'accompagnateur ou du médecin.

Par exemple, question 3 : lors de l'interrogatoire :

- L'enfant est souriant, rieur, observe, écoute ou est calme = enfant « P3 » ou comportement « P3 ».
- L'enfant a un visage inquiet, pleure, est agité, cherche à fuir, s'agrippe à l'accompagnant ou est prostré = enfant « N3 » ou comportement « N3 ».
- L'enfant est indifférent, joue tranquillement ou se promène calmement dans le cabinet = enfant « I3 » ou comportement « I3 ».
- L'enfant cherche à attirer l'attention de la mère ou du médecin = enfant « A3 » ou comportement « A3 ».

3-2-1 Dans la salle d'attente

- P1 = 93,6% (n=89) ; c'est-à-dire que 93,6% des enfants observés ont un comportement ne témoignant pas à priori d'une angoisse sous-jacente : l'enfant est calme ou joue ; parmi ceux-ci, 38,9% (n=37) sont calmes et 54,7% (n= 52) jouent .
- N1 = 5,3% (n=5); c'est-à-dire que 5,3% des enfants ne sont pas sereins ; parmi eux, 1 seul a un antécédent notable ; il s'agit d'une suture récente.
- I1=0.
- A1=0.
- A mentionner : 1 enfant dort.

La plupart des enfants ne manifeste pas d'inquiétude évidente dans la salle d'attente du médecin. Cela signifie-t-il pour autant que tous ces enfants soient sereins ? Cette réflexion sera développée dans la discussion.

3-2-2 A l'entrée dans la salle de consultation

- P2 = 70,6% (n=67).
- N2 = 29,4% (n=28).
- I2 = 0.
- A2 = 0.

Quelle est la répartition des enfants « P2 » ?

- 41,8% (n=28) sont souriants,
- 58,2% (n=39) sont calmes .

Quel est le profil des enfants « P2 » ?

- 53,7% (n=36) sont des garçons,
- 71,6% (n=48) consultent leur médecin habituel,
- 74,6% (n=50) n'ont pas d'antécédents,
- 77,6% (n=52) consultent pour « maladie »,
- 65,6% (n=44) sont amenés par la mère seule,
- et 79% (n=53) n'ont pas amené d'objet transitionnel.

Quel est le profil des enfants « N2 » ?

- 57,2% (n=16) des garçons,
- pour 85,7% (n=24) d'entre eux, il s'agit de leur médecin habituel,
- 68% (n=19) n'ont pas d'antécédents notables,
- 68% (n=19) consultent pour « maladie »,
- 68% (n=19) sont amenés par leur mère,
- 60,7% (n=17) n'ont pas d'objet transitionnel,
- On remarque que 5 enfants cherchent à fuir.

Dans le chapitre « résultats transversaux », un paragraphe sera consacré à la comparaison de différents profils de comportements.

Quel est le profil des 5 enfants cherchant à fuir ?

- pour 4 d'entre eux, il s'agit de leur médecin habituel,
- les âges sont variables (13, 21, 28 mois, et 2 enfants de 30 mois),
- il s'agit de 4 garçons et d'une fille,
- 2 viennent pour examen systématique (dont 1 avec vaccin) et les 2 autres pour fièvre ou rhinite,
- 2 ont pour antécédent récent 1 otite ou 1 suture.

Quelle est la place de l'objet transitionnel?

Celui-ci est investi par l'enfant pour lutter contre l'anxiété et la solitude. Or, on constate deux faits :

1. 39% des enfants « N2 » en ont un (ic = 21 à 59%) et 79% des enfants « P2 » n'en ont pas (ic = 67 à 88%).
2. De plus, parmi les enfants ayant un objet transitionnel, 56% seulement sont « P2 » (ic = 35 à 76%) contre 76% chez ceux qui n'en ont pas (ic = 64 à 85%).

Nous reviendrons ultérieurement sur le rôle que l'on peut attribuer à cet objet .

On souligne donc à cette étape une augmentation de 20% de comportement témoignant d'une certaine inquiétude chez l'enfant majoritairement masculin, bien qu'il s'agisse d'un médecin et d'un lieu connus de celui-ci.

Cette étape correspond à l'arrêt imposé à la fois par le médecin qui appelle l'enfant et par l'accompagnateur du jeu débuté dans la salle d'attente pour presque 55% des enfants. Il s'agit aussi du premier contact verbal et visuel établi entre le médecin et le jeune patient.

L'enfant qui avait un comportement « P1 » était-il réellement détendu ? Et, bien que connaissant les lieux (accueil, secrétariat et salle d'attente), ne ressent-il l'inquiétude qu'en voyant l'acteur des consultations précédentes, c'est-à-dire le médecin ?

On constate néanmoins et ce n'est pas négligeable que plus de 70% des enfants ne manifestent pas d'inquiétude en entrant dans le cabinet et 30% d'entre eux sourient.

3-2-3 Lors de l'interrogatoire

- P3 = 40% (n=38).
- N3 = 25,3% (n=24).
- I3 = 23,2% (n=22).
- A3 = 11,6% (n=11).

Quel est le profil des enfants « P3 » ?

- 76,7% (n=29) ont des antécédents notables,
- 76,7% (n=29) ont un objet transitionnel,
- et 76,7% (n=29) connaissent le médecin.

Quel est le profil des enfants « N3 » ?

- 70,8% (n=17) n'ont pas d'antécédents notables,
- 62,5% (n=15) n'ont pas amené d'objet transitionnel,
- 83,3% (n=20) connaissent le médecin.

Comment se répartissent les enfants « P3 » ?

- 71,1% (n=27) observent,
- 28,9% (n=11) sourient.

Comment se répartissent les enfants « N3 » ?

- 83,3% (n=20) ont un visage inquiet,
- 12,5% (n=3) pleurent lors de l'interrogatoire,
- 4% (n=1) cherchent à fuir.

Comment se répartissent les enfants « I3 » ?

- 86,4% (n=19) jouent,
- 9,1% (n=2) semblent indifférents,
- et 4,5% (n=1) se déplacent.

Comment se répartissent les enfants « A3 » ?

- 82% (n=9) cherchent à attirer l'attention du médecin,
- 18% (n=2) celle de la personne accompagnant.

Le taux d'enfants manifestant une angoisse est identique à l'étape précédente. Mais s'agit-il des mêmes enfants qui ne sont pas rassurés une fois installés en face du médecin ?

Relation entre les comportements « N2 » et « N3 » :

L'odd-ratio entre N2 et N3 est de 18,3 avec un p proche de 0 ; il existe une forte relation entre ces 2 comportements. On peut donc conclure qu'il s'agit des mêmes enfants.

3-2-4 Lors du déshabillage

- P4 = 35,8% (n=34).
- N4 = 54,7% (n=52).
- I4 = 9,5% (n=9).
- A4 = 0.

On constate une augmentation nette de l'anxiété des enfants à cette étape (+30% de comportements témoignant d'une angoisse entre l'interrogatoire et le déshabillage).

Quel est le profil des enfants au comportement « P4 » ?

- 55,9% sont des garçons (n=15),
- 64,7% consultent leur médecin habituel (n=22),
- 82,4% consultent pour « maladie » (n=28),
- 85,3% n'ont pas d'antécédents particuliers (n=29),
- 79% sont amenés par leur mère seule (n=19),
- 88,2% n'ont pas d'objet transitionnel (n=30).

Quel est le profil des enfants « N4 » ?

- 51,9% (n=27) de garçons (ic = 37 à 66%), 48,1% (n=25) de filles (ic = 34 à 62%). La différence n'est pas statistiquement significative.
- 80,8% (n=42) consultent leur médecin habituel,
- 69,2% (n=36) n'ont pas d'antécédents,
- le motif de consultation est « maladie » à 73,1% (n=38),
- l'adulte accompagnant est la mère seule pour 71% (n=37), le père seul pour 13% (n=7), les 2 parents pour 12% (n=6) et 1 grand-parent pour 4% (n=2),
- 63,5% (n= 33) n'ont pas d'objet transitionnel.

Quelle est la répartition des enfants « N4 » ?

- 36,5% (n=19) ont un visage inquiet,
- 63,5% (n=33) manifestent un franc mécontentement voire une opposition (pleurs, agitation..).

Quel était le comportement des enfants « N4 » en début de consultation ?

- *Dans la salle d'attente*, 50% jouaient et 40,4% étaient calmes.
- *A l'entrée dans la salle d'examen*, 50% avaient un comportement « P2 » dont 21,2% souriaient, 28,8% étaient calmes. 50% avaient un comportement « N2 » en ayant un visage inquiet pour 34,6%. A cette étape, P2=N2=50%. On ne peut donc prédire le comportement de l'enfant lors du déshabillage à partir de son comportement à l'entrée dans la salle d'examen.
- *Lors de l'interrogatoire*, 44,2% des enfants « N4 » avaient un comportement « N3 » dont 34,6% un visage inquiet ; 34,6% avaient un comportement « P3 » dont 5,8% jouaient lors de l'interrogatoire.

Quelle est la place de l'objet transitionnel?

- 16% seulement des enfants en ayant un sont « P4 » (ic = 4,5 à 36%), et 76% sont « N4 » (ic = 55 à 90%).
- 11,8% des enfants « P4 » ont un objet transitionnel (ic = 3 à 27%) et 63,5% des enfants « N4 » n'en ont pas (ic = 49 à 76%).

Y a-t-il une relation entre le fait que l'enfant joue lors de l'interrogatoire et qu'il ait un comportement « N4 »?

L'odd-ratio entre ces deux variables est de 7 avec un $p < 0,0005$. Ces deux facteurs sont donc liés ; on peut imaginer alors qu'un enfant qui joue tranquillement lors de l'interrogatoire manifeste lors du déshabillage son mécontentement d'être interrompu dans son jeu.

Y a-t-il une relation entre un comportement « N3 » et un comportement « N4 »?

L'odd-ratio est de 33 avec un $p < 10^{-5}$. Comme on pouvait l'imaginer instinctivement, un comportement « N3 » annonce donc un très probable comportement « N4 ».

Quelle est la proportion d'enfants « P3 » ayant un comportement « N4 » ?

Parmi les enfants « P3 » (n=38) : 47,4% ont un comportement « N4 » (n=18); il s'agit donc d'une étape anxiogène pour ces enfants qui ne manifestaient pas d'angoisse auparavant.

L'anxiété est-elle majorée entre ces deux étapes ?

Parmi les enfants ayant un visage inquiet lors de l'interrogatoire (n=19):

- 5,3% joue lors du déshabillage (n=1)
- 36,8% ont un visage inquiet (n=7)
- 21,1% pleurent mais se laissent faire (n=4)
- 36,8% enfants pleurent et s'agitent (n=7).

On observe que l'enfant inquiet lors de l'interrogatoire ne se calme pas lors du déshabillage.

Et de plus, 58% des enfants ayant un visage inquiet lors de l'interrogatoire ont un comportement témoignant d'une majoration de l'angoisse lors du déshabillage.

3-2-5 Lors du premier contact physique enfant / médecin

- P5 = 42,1% (n= 40).
- N5 = 55,8% (n=53).
- I5 = 2,1% (n=2).
- A5 = 0.

Sur la totalité des consultations :

- N5=55,8% dont plus d'un tiers (21,1%) se rapporte à l'expression d'inquiétude sur le visage des enfants,
- tandis que les autres (34,7%) manifestent leur mécontentement par des pleurs et/ou une agitation voire une franche opposition.

Quel est le profil des enfants « P5 » ?

- 60% (n=24) sont des garçons,
- 70% (n=28) consultent le médecin habituel,
- 80% (n=32) n'ont pas d'antécédents notables,
- 80% (n=32) viennent pour « maladie »,
- 57,5% (n=23) sont accompagnés de la mère seule, 25% (n=10) du père seul et 18% (n=5) des 2 parents,
- 82,5% (n=33) n'ont pas d'objet transitionnel.

Quel est le profil des enfants ayant un comportement « N5 » ?

- Il s'agit-il du médecin habituel pour 79,2% (n=42),
- 50,9% sont des filles (n=27),
- 67,9% n'ont pas d'antécédents notables (n=36),
- Le motif de consultation est « maladie » pour 69,8% (n=37),
- La mère seule accompagne l'enfant pour 71,7% (n=38), le père seul pour 11% (n=6), les 2 parents pour 13% (n=7) et 1 grand-parent pour 3,7% (n=2),
- 66% des enfants sont venus sans objet transitionnel (n=35).

Le profil des enfants « N4 » est donc similaire à celui des enfants « N5 ». Excepté la différence de sexe, non significative, les profils « P5 » et « N5 » sont semblables également.

Quelle est la répartition des enfants « N5 » ?

- 37,7% ont un visage inquiet (n=20),
- 62,3% d'entre eux pleurent et / ou s'agitent, voire se débattent (n=33).

Donc la majorité des enfants au comportement « N5 » manifestent un franc mécontentement.

La fréquence « N5 » est sensiblement identique à celle de « N4 ». S'agit-il pour autant des mêmes enfants ? L'angoisse semble t-elle majorée à cette étape ou au contraire est-elle moindre ? Le profil des enfants « N5 » est-il identique à celui des « N4 » ?

Quel était le comportement des enfants « N5 » pendant le déshabillage ? Etaient-ils nécessairement « N4 » ?

Parmi les enfants « N5 », lors du déshabillage :

- 13,2% (n=7) étaient « P4 ». On constate donc l'apparition d'une angoisse pour ces enfants à cette étape.
- 34% (n=18) avaient déjà un visage inquiet.
- 52,9% (n=8) manifestaient déjà un franc mécontentement (pleurs isolés ou associés à une gestuelle d'opposition).

Quelle est la relation entre les comportements « N4 » et « N5 » ?

On a mis en évidence que parmi les enfants « N5 », 86,9% avaient un comportement « N4 ». Il semble y avoir un rapport entre ces deux comportements ; cela est-il statistiquement confirmé ?

Odd-ratio entre N4 et N5 = 39,5 avec un p proche de zéro. Il existe donc une réelle relation entre ces deux comportements : un enfant manifestant de l'inquiétude ou une opposition lors du déshabillage aura très probablement un comportement « N5 ».

A l'inverse, peut-on démontrer la relation entre un comportement « P4 » et un comportement « P5 » ?

Odd-ratio (P4 - P5) = 60 avec un p proche de zéro.
Donc cette relation existe indiscutablement .

Ces constatations permettent de considérer le déshabillage comme une étape – clé de la consultation médicale : si à cette étape, l'enfant est rassuré par l'accompagnant, le médecin et son environnement, le premier contact a toutes les chances de s'établir sereinement. Plus d'un enfant sur deux manifeste de l'inquiétude lors du déshabillage ; nous essayerons plus tard de comprendre pourquoi.

Toutefois, y a t-il des enfants « N4 » ayant un comportement « P5 » ?

Oui, 11,5% (n=6). Heureusement, un comportement « N4 » ne signifie pas irrémédiablement comportement « N5 » !

Y a-t-il une majoration de l'anxiété lors du premier contact ?

- Parmi les enfants ayant un visage inquiet lors du déshabillage (n=19) :
 - 52,6% (n=10) gardent cette manifestation d'inquiétude lors du premier contact,
 - 42,2% d'entre eux (n=8) se mettent ou à pleurer et/ou à manifester une réelle opposition,
 - On remarque que 1 enfant devient serein.

- Parmi les enfants qui pleurent mais se laissant faire lors du déshabillage (n=16) :
 - 25 % (n=4) sont souriants ou sereins lors du premier contact physique,
 - 12,5% (n=2) ont un visage inquiet mais ne pleurent plus,
 - 50% (n=8) pleurent toujours tout en se laissant faire,
 - et 12,5% (n=2) ne se laissent plus faire.

Ces résultats sont à interpréter prudemment puisqu'ils s'appuient sur un petit échantillon ; on constate toutefois que 50% des enfants pleurant mais se laissant faire lors du déshabillage ne modifient pas leur comportement lors du premier contact et que 37,5% se calment !

3-2-6 Lors de l'auscultation

- P6 = 47,4% (n=45),
- N6 = 45,3% (n=43),
- I6 = 7,4% (n=7),
- A6 = 0.

On constate une légère diminution de la fréquence des comportements témoignant d'une angoisse.

Parmi l'ensemble des consultations :

- 15,8% ont un visage inquiet,
- 29,5% pleurent et/ou manifestent une opposition.

C'est-à-dire que presque 30% des auscultations sont parasitées par un comportement de peur, de mécontentement et/ou d'opposition.

Cela signifie également que 70% des auscultations se déroulent dans de bonnes conditions pour le médecin avec 55% des enfants qui paraissent sereins.

Quel est le profil des enfants « P6 » ?

- 60% (n=27) sont des garçons,
- 64,4% (n=29) connaissent le médecin,
- 80% (n=36) n'ont pas d'antécédents,
- 84,4% (n=38) consultent pour « maladie »,
- 57,8% (n=26) sont amenés par la mère seule,
- 82,2% (n=37) n'ont pas d'objet transitionnel.

Quel est le profil des enfants « N6 » ?

- 53,5% (n=23) sont des filles,
- 83,7% (n=36) connaissent le médecin,
- 67,4% (n=29) n'ont pas d'antécédents,
- 69,8% (n=30) consultent pour « maladie »,
- 72% (n=31) sont amenés par la mère seule,
- 60,5% (n=26) n'ont pas d'objet transitionnel.

Comment se répartissent les comportements « N6 » :

- 34,8% des enfants ont un visage inquiet,
- 65,2% pleurent et/ou manifestent une opposition.

Des enfants « N5 » peuvent-ils se calmer lors du premier contact ?

Oui : parmi les comportements « N5 » (n=53), P6 = 20,8% (n=11).

Y a-t-il une apparition ou une majoration de l'angoisse à cette étape ?

- Parmi les comportements « P5 » (n=40) :
1 seul enfant a un comportement « N6 »; il s'agit d'un enfant qui va chercher à agripper l'accompagnant pendant l'auscultation.
- Parmi les enfants ayant un visage inquiet lors du premier contact (n=20):
55% gardent le même visage inquiet lors de l'auscultation, 10% seulement se mettent à pleurer et 5% repoussent la main du médecin; tandis que les autres (30%) sont sereins ou jouent.
- Parmi les enfants pleurant mais se laissant faire lors du premier contact (n=14) :
42,9% ont le même comportement lors de l'auscultation et seulement 14,3% manifestent une opposition (pleurs + agitation) ; les autres (42,8%) sont sereins ou ont un visage inquiet.

On aboutit à trois constats :

- 1- L'auscultation n'est pas une étape génératrice d'angoisse,
- 2- environ la moitié des enfants inquiets lors des étapes précédentes ne vont pas modifier leur comportement,
- 3- et un tiers des enfants manifestant une anxiété vont se calmer à cette étape.

3-2-7 Lors de l'allongement

- P7 = 30,5% (n=29),
- N7 = 62,1% (n=59),
- I7 = 1,1% (n=1),
- A7 = 0,
- étape non réalisée = 6,3% (n=6).

On constate d'ores et déjà une franche majoration des comportements témoignant d'une angoisse entre l'auscultation et l'allongement (+17% entre N6 et N7).

Parmi l'ensemble des consultations (exceptées celles où l'étape n'est pas réalisée):

- 12,6% (n=12) des enfants ont un visage inquiet,
- 49,5% (n=47) pleurent et/ou s'opposent à l'allongement.

Donc la moitié des enfants que l'on essaie d'allonger pleurent et/ou s'opposent à l'allongement c'est-à-dire très certainement que la suite de l'examen clinique va être délicate (palpation abdominale, auscultation également si elle n'a pas été réalisée plus tôt, examen ORL...).

Quel est le profil des enfants ayant un comportement « P7 » ?

- 65,5% sont des garçons (n=19),
- 72,4% connaissent le médecin (n=21),
- 82,8% n'ont pas d'antécédents notables (n=24),
- 75,9% consultent pour « maladie » (n=22),
- 58,6% sont amenés par la mère seule (n=17),
- 93,1% sont venus sans objet transitionnel (n=27).

Quel est le profil des enfants ayant un comportement « N7 » ?

- Pour 74,6%, il s'agit de leur médecin habituel (n=44),
- 52,5% sont des filles (n=31),
- 73% n'ont pas d'antécédents notables (n=43),
- 72,9% consultent pour « maladie » (n=43),
- 69,5% sont accompagnés de leur mère seule (n=41) alors que 10% (n=6) sont amenés par leur père,
- 64,4% sont venus sans objet transitionnel (n=38).

Comment se répartissent les comportements « N7 » ?

- 20,3% (n=12) ont un visage inquiet,
- 79,7% (n=47) pleurent et /ou s'opposent à l'allongement.

Quel était lors des étapes précédant l'allongement le comportement des enfants « N7 » ?

ÉTAPES	ENSEMBLE DES CONSULTATIONS	PARMI LES ENFANTS AU COMPORTEMENT « N7 »
1 - salle d'attente	P1 = 93,6% N1 = 5,3%	P1 = 95% N1 = 5%
2 - entrée	P2 = 70% N2 = 25,3%	P2 = 64,4% N2 = 35,6%
3 - interrogatoire	P3 + I3 = 63,2% N3 = 25,3%	P3 + I3 = 57,7% N3 = 28,8%
4 - déshabillage	P4 + I4 = 45,3% N4 = 54,7%	P4 + I4 = 30,5% N4 = 69,5%
5 - premier contact	P5 + I5 = 44,2% N5 = 55,8%	P5 + I5 = 25,4% N5 = 74,6%
6 - auscultation	P6 + I6 = 54,8% N6 = 45,3%	P6 + I6 = 35,6% N6 = 64,4%

En rouge sont mentionnés les comportements majoritaires à chaque étape.

- *Dans la salle d'attente*, P1 = 95% des enfants « N7 » ; ce chiffre est semblable à celui concernant l'ensemble des consultations.
- *A l'entrée dans la salle d'examen*, P2 = 64,4% ; ce pourcentage est légèrement inférieur à celui de l'ensemble des consultations (70%) et N2 = 35,6% des enfants « N7 » contre 25,3% de l'ensemble des consultations (+ 10 points).
- *Lors de l'interrogatoire*, (P3 + I3) = 57,7% des enfants « N7 » contre 63,2% de l'ensemble des consultations (- 11 points).
- *Lors du déshabillage*, N4 = 69,5% des enfants « N7 » contre 54,7% de l'ensemble des consultations (+ 15 points).
- *Lors du premier contact physique*, N5 = 74,6% des enfants « N7 » ; la différence de comportement « N5 » avec l'ensemble des consultations est accentuée : + 20 points.
- *Lors de l'auscultation*, N6 = 64,4% des enfants « N7 » contre 45,3% de l'ensemble des enfants observés (+ 20 points). C'est la seule étape où les comportements majoritaires sont différents entre l'ensemble des consultations et les enfants « N7 ».

Ces résultats montrent que les enfants qui vont pleurer et/ou s'opposer lors de l'allongement ont tendance à manifester une inquiétude beaucoup plus précoce que les autres enfants lors de la consultation. Ils vont avoir le même comportement que les autres dans la salle d'attente (jouer ou être calmes) ; en revanche, à partir de l'entrée dans la salle d'examen, ils vont être plus fréquemment inquiets que l'ensemble des enfants observés.

Y a-t-il une apparition de l'angoisse à cette étape ?

Parmi les consultations où l'allongement succède à l'auscultation (n=86) et parmi les enfants ayant un comportement « P6 » (au total n= 40):

- 60% des enfants restent sereins ou souriants lors de l'allongement.

Il existe une apparition de l'angoisse pour 40% des enfants à cette étape ; les 60% restants ne modifient pas leur comportement.

Y a-t-il une majoration de l'angoisse chez les enfants déjà angoissés?

➤ Parmi les consultations où l'allongement succède à l'auscultation et parmi les enfants ayant un visage inquiet lors de l'auscultation (n=13):

- P7 = 0.
- I7 = 0.
- Visage inquiet = 30,8% (n=4).
- 61,6% (n=8) se mettent à pleurer et/ou à s'opposer gestuellement à l'allongement.
- 1 examen non réalisé.

➤ Parmi les enfants pleurant mais se laissant faire lors de l'auscultation (n=8) :

- P7 = 0.
- I7 = 0.
- Visage inquiet = 0.
- 62,5% (n=5) gardent le même comportement et 25% (n=2) pleurent et s'agitent lors de l'allongement.
- 1 examen non réalisé.

Ces chiffres sont à interpréter prudemment du fait du petit échantillon ; toutefois, on remarque que les enfants inquiets avant l'allongement ne se calment pas lors de celui-ci voire manifestent une majoration de leur angoisse.

3-2-8 Lors de l'examen des tympans

- P8 = 32,6% (n=31).
- N8 = 63,2% (n=60).
- I8 = 1,1% (n=1).
- A8 = 0.
- Examen non réalisé = 3 enfants (1 venant pour examen systématique, 1 pour varicelle et le troisième pour colopathie).

La fréquence de comportements témoignant d'une angoisse est stable par rapport à l'étape précédente.

Parmi l'ensemble des consultations :

- 21,1% (n=20) des enfants ont un visage inquiet,
- 42,1% (n=40) pleurent et/ou s'opposent à l'examen de tympans.

Quel est le profil des enfants ayant un comportement « P8 » ?

- 58% sont des garçons (n=18),
- 64,5% connaissent le médecin (n=20),
- 77,4% n'ont pas d'antécédents notables (n=24),
- 77,4% consultent pour « maladie » (n=24),
- 58% sont amenés par la mère seule (n=18),
- 83,9% sont venus sans objet transitionnel (n=26).

Quel est le profil des enfants ayant un comportement « N8 » :

- 55% (n=33) sont des garçons,
- Il s'agit du médecin habituel pour 81,7% (n=49) des consultations,
- 75% (n=45) consultent pour « maladie »,
- 70% (n=42) n'ont pas d'objet transitionnel,
- 70% des enfants sont amenés par la mère (n=42), 16,7% (n=10) par le père, 10% (n=6) par les 2 parents et 3,3% (n=2) par un grand-parent,
- 71,7% (n=43) n'ont pas d'antécédents,
- parmi les 28,3% ayant des antécédents (n=17), on observe 3 otites et une extraction récente de bouchon de cérumen. Il s'agit donc de 4 enfants (sur les 5) aux antécédents d'otites ou d'extraction de cérumen, c'est-à-dire ceux qui ont des souvenirs douloureux ou peu agréables concernant les oreilles. L'angoisse de cet examen est donc probablement liée à ces antécédents.

Quelle est la répartition des comportements « N8 » ?

- 33,3% ont un visage inquiet (n=20),
- 23,3% pleurent mais se laissent faire (14),
- et 43,4% s'opposent franchement à l'examen des tympans (n=26).

Le pourcentage d'enfants « N7 » est le même que celui des enfants « N8 » : s'agit-il pour autant des mêmes ?

Parmi les enfants « N8 » :

- 11,7% (n=7) ont un comportement « P7 »,
- 11,7% (n=7) ont un visage inquiet lors de l'allongement,
- 68,3% (n=41) pleurent et/ou s'opposent à l'allongement,
- 8,3% (n=5) n'ont pas été allongés.

On observe donc que 80% des enfants « N8 » avaient déjà un comportement « N7 ».

Quelle est la proportion d'enfants « P7 » ayant un comportement « N8 » ? C'est-à-dire : y a-t-il une apparition de l'angoisse statistiquement significative à cette étape ?

Parmi les consultations dont l'examen des tympans succède à l'allongement (n=84) et parmi les enfants « P7 » (au total, n=28) :

- 71,5% (n=12) sont sereins, souriants voire indifférents lors de l'examen des tympans.
- 25% (n=7) ont un visage inquiet ou vont s'agiter lors de cette étape ; il s'agit de 6 garçons et d'une fille. Ces 7 enfants consultent pour rhinite (n=3), toux (n=2) ou fièvre (n=1) ; il n'y a pas de consultation pour otalgie. 1 enfant a pour antécédent une extraction récente d'un bouchon de cérumen.

Statistiquement, parmi les enfants ne manifestant pas d'inquiétude lors de l'allongement, il n'y a pas d'apparition d'angoisse lors de l'examen des tympans.

Y a-t-il une majoration de l'angoisse à l'examen des tympans ?

Parmi les consultations dont l'examen des tympans succède à l'allongement (n=84) et parmi les enfants ayant un visage inquiet lors de l'allongement (au total, n=11) :

- 4 enfants sont sereins lors de l'examen des tympans,
- 3 ont un visage inquiet,
- 3 pleurent et/ou repoussent l'examineur à cette étape.

Il s'agit d'un petit échantillon, les chiffres sont à interpréter prudemment ; toutefois, on constate que 36,4% des enfants angoissés se calment à cette étape.

3-2-9 Lors de l'examen de la gorge

- P9 = 27,4% (n=26).
- N9 = 69,5% (n=66).
- I9 = 0.
- A9 = 0.
- Examen non réalisé = 3,2% (n=3) adressés pour 1 constipation, 1 examen systématique et 1 vaccin.

On constate à nouveau une augmentation des comportements « N » à cette étape : + 5 points par rapport à l'examen des tympans ; + 8 points par rapport à l'allongement. Il s'agit de la fréquence « N » la plus élevée de l'ensemble des étapes.

Parmi l'ensemble des consultations :

- 13,7% (n=13) ont un visage inquiet,
- 55,8% (n=53) pleurent et/ou s'opposent.

Quel est le profil des enfants ayant un comportement « P9 » ?

- 57,7% sont des garçons (n=15),
- 65,4% consultent leur médecin habituel (n=17),
- 73,1% n'ont pas d'antécédents particuliers (n=19),
- 76,9% viennent pour « maladie » (n=20),
- 57,7% sont amenés par leur mère seule (n=15),
- 92,3% n'ont pas d'objet transitionnel (n=24).

Quel est le profil des enfants ayant un comportement « N9 » :

- 53% sont des garçons (n=35),
- 80,3% consultent le médecin habituel (n=53),
- 75,8% d'entre eux n'ont pas d'antécédents notables,
- 74,2% sont adressés pour « maladie » (n=49),
- 69,7% (n=46) sont accompagnés de leur mère, 13,6% (n=9) de leur père, 12% (n=8) de leurs 2 parents et 4,5% (n=3) par un grand-parent,
- 66,7% d'entre eux n'ont pas d'objet transitionnel (n=44).

Comment se répartissent les comportements « N9 » ?

- 19,7% ont un visage inquiet (n=13),
- 16,7% pleurent et se laissent faire (n=11),
- 53% pleurent et s'agitent (n=9),
- 3% s'agitent sans pleurer (n=2),
- 7,6% repoussent la main de l'examineur (n=5).

C'est-à-dire que l'examen de la gorge est difficile à réaliser sur 63,6% des enfants « N9 ». On remarque toutefois qu'il est aisément réalisable sur environ un tiers des enfants (visage inquiet et pleurs sans agitation).

Y a-t-il une apparition significative de l'angoisse à cette étape ?

Parmi les consultations où l'examen de la gorge succède à l'examen des tympans et parmi les enfants ayant un comportement « P8 » (n= 31) :

- 71% sont souriants ou sereins lors de l'examen de la gorge,
- 29% ont un comportement « N9 ».

Oui, il y a donc une apparition d'angoisse pour près d'un tiers des enfants.

Y a-t-il, pour les enfants déjà inquiets, une majoration de l'angoisse à cette étape ?

L'étude ne permet pas de répondre à cette question car parmi les consultations où l'examen de la gorge succède à l'examen des tympans, on compte seulement 4 enfants ayant un visage inquiet lors de l'examen des tympans. De même on ne recense que 4 enfants manifestant leur angoisse par des pleurs et se laissant faire lors de l'examen des tympans. L'échantillon est trop faible.

3-2-10 A la fin de l'examen

- P10 = 52,6% (n=50).
- N10 = 38,9% (n=37).
- I10 = 8,5% (n=8).
- A10 = 0.

On remarque donc : N9 = 69,5% puis N10 = 38,9% soit une perte de 20 points de la fréquence des comportements témoignant d'une anxiété. Et celle des comportements « P » se majore de 25 points entre l'examen de la gorge et la fin de l'examen clinique. Nous reviendrons ultérieurement sur ces résultats.

Parmi l'ensemble des consultations :

- 23,2% ont un visage inquiet,
- 15,7% pleurent et/ou manifestent une opposition.

Quel est le profil des enfants au comportement « P10 » ?

- Il s'agit en majorité de garçons : 52% (n=26),
- 72% consultent le médecin habituel (n=36),
- 70% n'ont pas d'antécédents particuliers (n=35),
- 82% viennent pour « maladie » (n=41),
- 74% sont accompagnés de leur mère seule (n=37),
- 78% n'ont pas amené d'objet transitionnel (n=39).

Quel est le profil des enfants au comportement « N10 » ?

- 59,5% sont des garçons (n=22),
- 75,7% consultent le médecin habituel (n=28),
- 75,7% n'ont pas d'antécédents particuliers (n=28),
- 70,3% viennent pour « maladie » (n=26),
- 59,5% sont accompagnés de leur mère seule (n=22),
- 67,7% n'ont pas amené d'objet transitionnel (n=25).

Comment sont répartis les comportements « N10 » ?

- 59,5% d'entre eux (n=22) ont un visage inquiet,
- 29,7% pleurent (n=11),
- 5,4% sont prostrés (n=2),
- 5,4% sont agités (n=2).

Donc environ 90% des enfants « N10 » ont un visage inquiet ou pleurent.

Quel comportement avaient, lors de l'examen de la gorge, les enfants qui ont un comportement « N10 » ?

- 10,8% (n=4) avaient un visage inquiet lors de l'examen de la gorge,
- le même nombre pleurait tout en se laissant faire,
- Et surtout 70,3% (n=26) pleuraient et s'agitaient.

Un comportement « N10 » peut-il s'expliquer uniquement par la réalisation d'un vaccin lors de la consultation ?

Non car 18,9% (n=7) seulement parmi les 37 enfants « n10 » ont eu un vaccin.

A l'inverse, un enfant ayant eu un vaccin peut-il avoir un comportement « P10 » ?

Oui, dans l'étude, 2 enfants sur les 13 concernés ont un comportement « P10 ».

Quel est le comportement à cette étape des enfants ayant reçu une injection vaccinale ?

Parmi ces 13 enfants :

- 6 ont un visage inquiet,
- 4 semblent indifférents,
- 2 sont calmes,
- 1 pleure.

Il s'agit certes d'un petit échantillon, mais si on se réfère aux fréquences, on remarque que presque 54% des enfants (n=7) ayant reçu un vaccin ont un comportement « N10 », ce qui est nettement supérieur au pourcentage de « N10 » dans l'ensemble des consultations (38,9%).

Quel est le comportement à cette étape des enfants au comportement « N9 »?

- Parmi les enfants « N9 » (n=66) :
 - 51,5% (n=34) ont un comportement « N10 » avec 31,8% (n=21) d'enfants au visage inquiet, 16,7% (n=11) pleurant et 3% (n=2) étant prostrés,
 - 40,9% (n=27) ont un comportement « P10 », avec 7,6% (n=5) d'enfants souriants et 33,3% (n=22) d'enfants calmes,
 - 7,6% (n=5) sont indifférents.

- Parmi les enfants ayant un visage inquiet à l'examen de la gorge (n=13) :
 - 69,2% (n=8) sont calmes ou souriants à la fin de l'examen,
 - 30,8% (n=4) gardent un visage inquiet,
 - 7,7% (n=1) sont indifférents.

- Parmi les enfants qui pleurent en se laissant faire ou en étant agités lors de l'examen de la gorge (n=46) :
 - 37% (n=17) ont un visage inquiet,
 - 28,2% (n=13) sont souriants ou calmes à la fin de l'examen,
 - 23,9% (n=11) pleurent encore à cette étape,
 - 6,5% (n=3) semblent indifférents à ce qui se passe à cette étape,
 - 4,3% (n=2) sont prostrés.

C'est-à-dire que parmi les enfants qui pleurent lors de l'examen de la gorge, 71,7% sont calmés à la fin de l'examen (visage souriant, calme, indifférent ou inquiet).

Pourquoi l'enfant se calme t-il si vite ? Comprend-il qu'il s'agit de la fin de l'examen, que ce qui était anxiogène pour lui va disparaître ? Mais qu'est ce qui était réellement anxiogène : la présence du médecin, sa proximité lors de l'examen clinique, le contact physique perçu comme désagréable voire douloureux, la nudité, l'éventuel ressenti de l'anxiété de l'accompagnant ou du médecin ? Est-ce parce que la fin de l'examen physique signifie la reprise possible du jeu ? Nous reprendrons ces réflexions au sein de la discussion.

3-2-11 A la délivrance de l'ordonnance

- P11 = 24,2% (n=23).
- N11 = 14,7% (n=14).
- I11 = 47,4% (n=45).
- A11 = 13,7% (n=13).

On observe à nouveau une diminution importante de 25 points entre N10 et N11 soit une baisse de 55 points entre N9 (examen de la gorge) et N11.

On remarque également une hausse nette du nombre d'enfants indifférents à la situation.

Comment sont répartis les comportements « P11 » ?

- 13,7% (n=13) sont souriants,
- 10,5% (n=10) observent ce qu'il se passe.

Comment sont répartis les comportements « N11 » ?

- 7,4% (n=7) ont un visage inquiet,
- 5,3% (n=5) pleurent,
- 1,1% (n=1) est prostré,
- 1,1% (n=1) est agité.

Comment sont répartis les comportements « I11 » ?

- 42,1% (n=40) jouent,
- 3,2% (n=3) se promènent dans le cabinet,
- 2,1% (n=2) sont indifférents à la scène.

Comment sont répartis les comportements « A11 » ?

- 10,5% (n=10) cherchent à attirer l'attention du médecin,
- 3,2% (n=3) celle de l'accompagnant.

Ces résultats montrent que, à la délivrance de l'ordonnance, trois-quart des enfants jouent, observent, sont calmes ou souriants (66,3%) ou cherchent à attirer l'attention du médecin (10,5%).

Quel est le comportement à cette étape des enfants « N9 » ?

Parmi les enfants « N9 » (n=66):

- P11 = 25,8% (n=17); dont 13,6% (n=9) sont souriants, 12,1% (n=8) observent calmement ce qui se passe,
- A11 = 7,6% (n=5) dont 6,1% (n=4) cherchent à attirer l'attention du médecin et 1,5% (n=1) celle de la mère,
- I11 = 48,4% (n=32) dont 40,9% (n=27) jouent, 4,5% (n=3) se déplacent dans la salle de consultation, 3% (n=2) manifestent une indifférence au déroulement de la scène,
- N11 = 18,2% (n=12) dont 10,6% (n=7) ont un visage inquiet, 1,5% (n=1) sont prostrés et 6,1% (n=4) pleurent.

Donc 81,8% (P11+ A11+I11) des enfants sont calmés lors de la délivrance de l'ordonnance.

3-2-12 A la sortie de la salle de consultation

- P12 = 64,2% (n=61)
- N12 = 11,6% (n=11)
- I12 = 24,2% (n=23)
- A12 = 0

Quel est le comportement des enfants « N9 » lors de la sortie de la salle de consultation ?

Cette question est soulevée car on a mis en évidence que la fréquence « N9 » (comportement témoignant d'une angoisse lors de l'examen de la gorge) est la valeur la plus élevée de l'étude.

Parmi les enfants ayant un comportement « N9 » (n=66):

- 48,5% (n=32) disent « au revoir » ou font un signe d'au revoir (bisou ou signe de la main),
- 9,1% (n=6) font un sourire au médecin,
- 25,8% (n=17) sont indifférents au médecin,
- 10,6% (n=7) montrent qu'ils sont fâchés,
- et 6,1% (n=4) pleurent.

Donc 83,4% (n=55) des enfants ayant un comportement « N9 » ne manifestent pas d'inquiétude ni de rancœur à la sortie de la salle d'examen.

Quel est le profil des enfants qui pleurent ou boudent à la sortie de la salle de consultation ?

- Il s'agit de 7 filles et 4 garçons, âgés de 16 à 30 mois,
- 3 enfants ont eu un vaccin,
- 6 sont venus pour examen systématique donc non invasif (sauf vaccin) et 5 pour « maladie » dont 3 pour fièvre,
- 3 enfants veulent rester jouer dans le cabinet,
- 3 enfants sont connus pour être difficiles, colériques et adopter toujours le même comportement en consultation quels que soient le médecin et le motif de consultation.

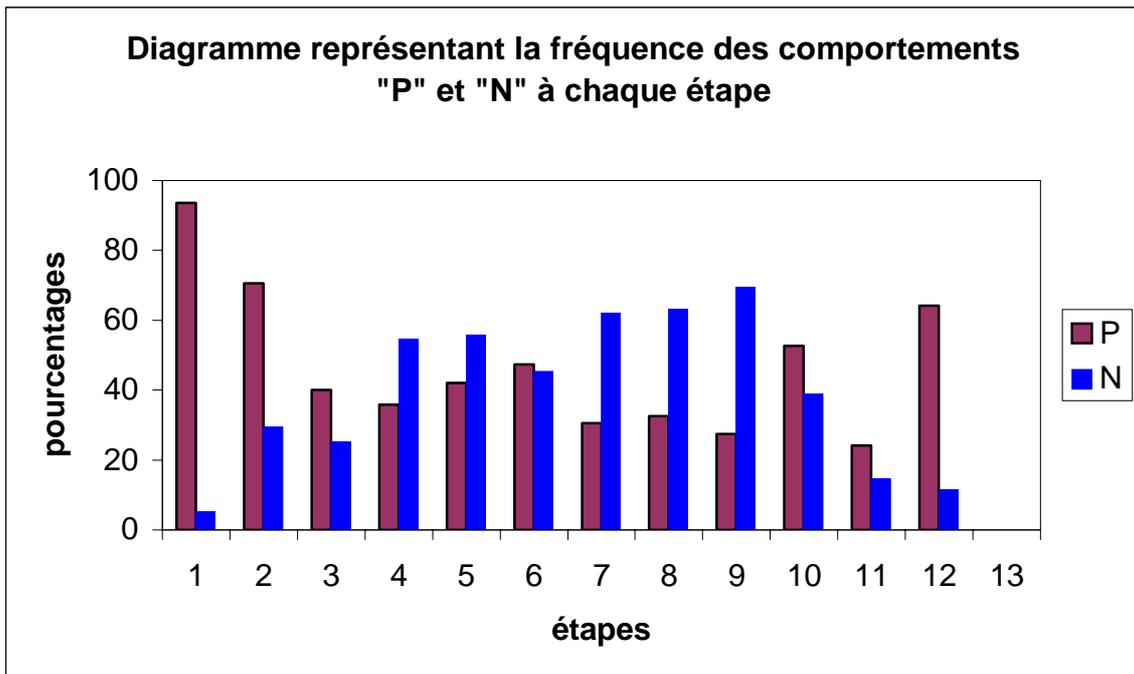
3-3 Résultats transversaux

Après avoir énoncé les résultats « bruts » au sein de chaque étape, nous allons, dans ce chapitre, les comparer entre eux.

3-3-1 Fréquence des différents comportements à chaque étape, toutes consultations confondues

ETAPES	P	I	A	N
1 - salle d'attente	93,6%	–	–	5,3%
2 - entrée	70,6%	–	–	29,4%
3 - interrogatoire	40%	23,2%	11,6%	25,3%
4 - déshabillage	35,8%	9,5%	–	54,7%
5 - premier contact physique	42,1%	2,1%	–	55,8%
6 - auscultation	47,4%	7,4%	–	45,3%
7 - allongement	30,5%	1,1%	–	62,1%
8 - examen des tympans	32,6%	1,1%	–	63,2%
9 - examen de la gorge	27,4%	0%	–	69,5%
10 - fin de l'examen	52,6%	8,5%	–	38,9%
11 - ordonnance	24,2%	47,4%	13,7%	14,7%
12 - sortie de la salle	64,2%	24,2%	–	11,6%

En rouge sont surlignés les résultats les plus significatifs.



Que remarque t-on ?

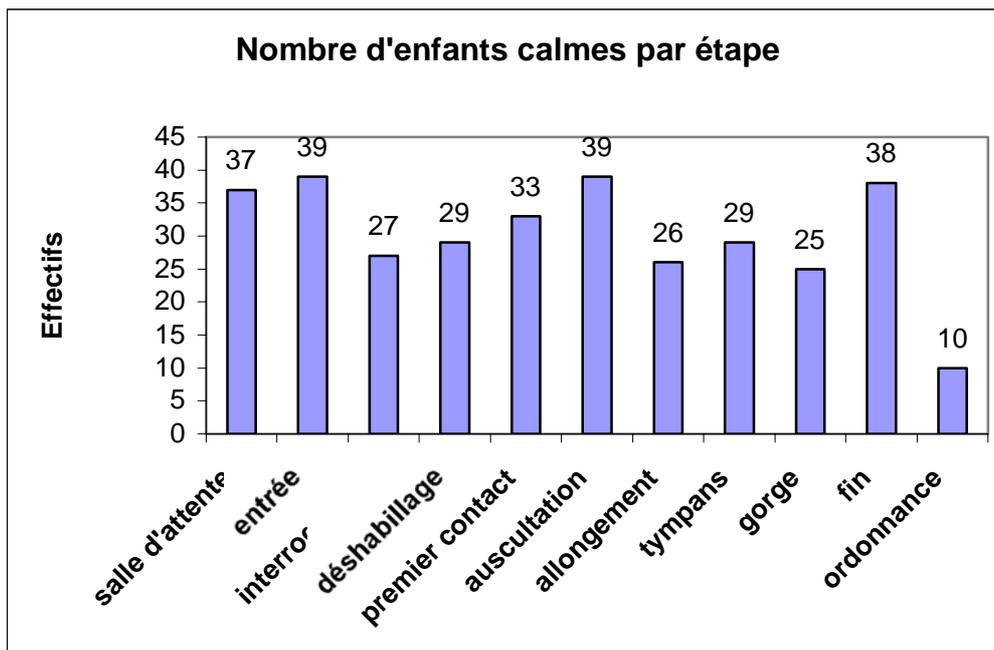
1. Lors de l'entrée dans la salle d'examen, on note déjà une baisse de 23 points entre « P1 » et « P2 » ; l'enfant anticipe t-il l'examen clinique ? Se souvient-il des consultations précédentes ? Est-ce le personnage du médecin qui est anxiogène ? Nous évoquerons ces questions dans la discussion. Néanmoins il est important de souligner qu'il persiste 70,6% de comportements « P2 » ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'une étape très anxiogène pour la majorité des enfants.
2. L'étape du déshabillage est contemporaine d' une augmentation considérable de comportements témoignant d'une angoisse (+ 30 points par rapport à l'étape précédente) ; il s'agit de la hausse la plus importante, toutes étapes confondues.
3. La deuxième hausse majeure (+16,8 points) est observée lors de l'allongement.
4. Par ailleurs, lors de l'examen de la gorge, on constate une fréquence maximale de comportements « N » (69,5% de « N9 ») ; tandis que lors de l'examen des tympans, celle-ci est de 63,2%.

5. L'enfant se calme très vite dès la fin de l'examen ORL puisque la fréquence « N » chute de 30 points de l'examen de la gorge à la fin de l'examen (N9 = 69,5% ; N10 = 38,9%) et que le comportement « P10 » devient majoritaire.
6. A la délivrance de l'ordonnance, l'augmentation des comportements « I » est considérable ; que se passe t-il ? Pour quelle raison l'enfant, subitement, devient indifférent à la situation ? Nous évoquerons ce résultat dans la discussion.
7. A la sortie de la salle de consultation, la fréquence d'enfants qui sourient, font un bisou voire ne manifestent rien de particulier envers le médecin est importante (88,4%) ; ces enfants n'ont probablement pas été très « bouleversés » par la consultation. Toutefois, la fréquence des comportements « P12 » reste nettement inférieure à celle des comportements « P1 » (- 30 points) ; de même, la fréquence de « N11 » est supérieure à celle de « N1 » (+ 6 points).

Les trois étapes : déshabillage, allongement et examen de la gorge génèrent une angoisse importante. Nous essaierons plus loin de comprendre pourquoi et de réfléchir aux moyens d'y remédier.

3-3-2 Fréquence des enfants ayant une attitude calme par étape

- dans la salle d'attente, 38,9% des enfants sont calmes,
- à l'entrée dans la salle d'examen, 41,1%,
- lors de l'interrogatoire, il y en a 28,4%,
- lors du déshabillage : 30,5%,
- lors du premier contact : 34,7%,
- lors de l'auscultation : 41,1%,
- lors de l'allongement : 27,4%,
- lors de l'examen des tympans : 30,5%,
- celui de la gorge : 26,3%,
- à la fin de l'examen : 40%,
- lors de la délivrance de l'ordonnance : 42,1%.



Ce diagramme illustre que :

- le nombre maximal d'enfants ayant une attitude calme est le même à l'entrée dans la salle de consultation, lors de l'auscultation et à la fin de l'examen ; il s'agit d'étapes qui symbolisent le « trépier » de la consultation : le début, le milieu et la fin de l'examen. S'agit-il de moments d'accalmie pour l'enfant avec, notamment, l'auscultation qui se situe entre le déshabillage et l'allongement ou entre l'allongement et l'examen ORL (ordre variable), c'est-à-dire entre les étapes les plus anxiogènes ?
- la délivrance de l'ordonnance est le moment où le nombre d'enfants calmes est le plus bas ; on a vu qu'ils sont majoritairement indifférents.
- la proportion d'enfants calmes croît progressivement de l'interrogatoire à l'auscultation en même temps que les comportements « N » ! On peut alors douter de la sérénité d'un enfant calme.

Nous reviendrons sur ces réflexions dans la discussion.

3-3-3 Tableau comparatif de différents profils de comportements

Existe-t-il un profil d'enfant correspondant aux comportements majoritaires « N4 », « N7 », « N9 » lors de ces étapes particulièrement anxiogènes ? A l'inverse, les enfants au comportement « P4 », « P7 », « P9 » (qui ne sont pas gênés par ces étapes contrairement à la majorité des enfants), ont-ils un profil particulier pouvant expliquer cette différence de comportement ?

ETAPES	EFFECTIF	SEXE	MÉDECIN HABITUEL	ATCD	MOTIF	PARENT	OBJET TRANSITIONNEL
N4 déshabillage	54,7%	M (52%)	Oui (81%)	Non (69%)	Maladie (73%)	Mère (71%)	Non (63,5%) (ic = 49 à 76%)
P4 déshabillage	25%	M (56%)	Oui (64,7%)	Non (85,3%)	Maladie (82,4%)	Mère (79%)	Non (88%) (ic = 73 à 97%)
N7 allongement	62%	F (52,5%)	Oui (74,6%)	Non (73%)	Maladie (73%)	Mère (69,5%)	Non (64,4%) (ic = 51 à 76%)
P7 allongement	31%	M (65,5%)	Oui (72,4%)	Non (83%)	Maladie (76%)	Mère (58,6%)	Non (93%) (ic = 72 à 99%)
N9 ex gorge	69,5%	M (53%)	Oui (80,3%)	Non (75,8%)	Maladie (74,2%)	Mère (69,7%)	Non (66,7%) (ic = 54 à 77%)
P9 ex gorge	27%	M (57,7%)	Oui (65,4%)	Non (73%)	Maladie (77%)	Mère (57,7%)	Non (92,3%) (ic = 75 à 99%)
toutes consultations confondues	100%	M (54,7%)	Oui (75,8%)	Non (72,6%)	Maladie (74,7%)	Mère (66,4%)	Non (73,7%) (ic = 64 à 82%)

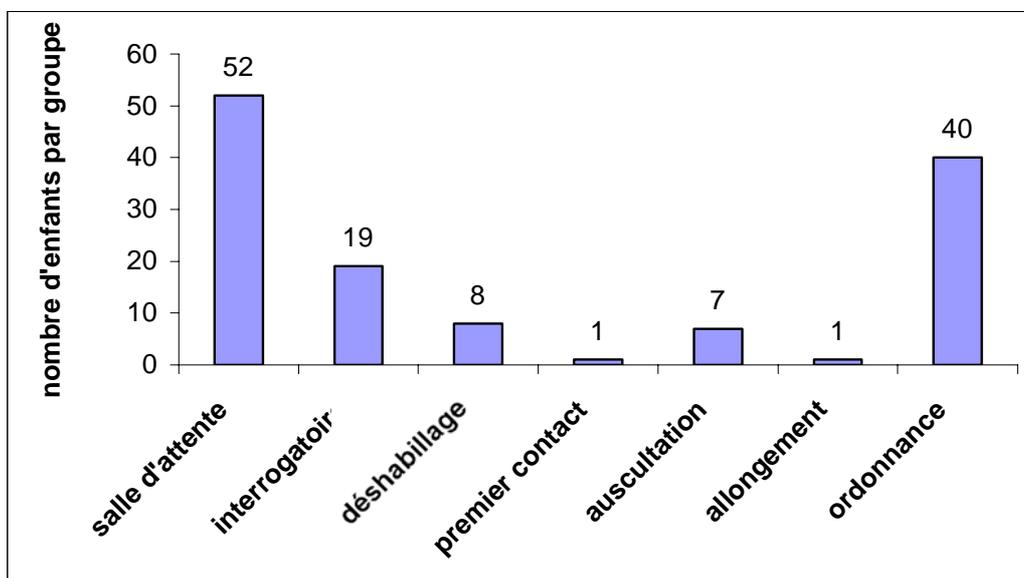
En rouge sont mentionnés les résultats les plus significatifs.

Ce tableau suggère plusieurs remarques :

1. Le sex-ratio est identique entre l'ensemble des observations et les comportements étudiés ici ; on note une seule différence notable : les filles sont majoritaires parmi les comportements « N7 » ; c'est-à-dire qu'elles semblent moins tolérer l'allongement que les garçons. Effectivement, ces derniers sont plus sereins à cette étape avec une fréquence de 65,5% de garçons parmi les comportements « P7 ».
2. Les enfants connaissent le médecin : il s'agit du médecin habituel pour plus de 75% des enfants « N4 », « N7 », « N9 ». L'angoisse provoquée par certaines étapes ne peut être expliquée par le visage inconnu de l'examineur.
3. Les enfants « N4 », « N7 », « N9 » n'ont pas plus d'antécédents notables que l'ensemble des enfants observés. Il existe toutefois une fréquence plus élevée d'absence d'antécédent parmi les enfants « P4 » et « P7 » (+ 10 points par rapports aux autres comportements).
4. Le comportement de l'enfant ne semble pas lié au motif de la consultation, si on distingue « maladie » et examen systématique. Le motif est « maladie » pour 75% environ des consultations quel que soit le comportement étudié ; la fréquence est identique à celle retrouvée sur l'ensemble des consultations.
5. Les enfants sont amenés en majorité par leur mère uniquement (entre 66 et 70%). Toutefois, parmi les enfants moins angoissés par l'allongement et l'examen de la gorge, une proportion plus importante d'enfants est amenée par une autre personne (souvent le père). La présence de la mère peut-elle paradoxalement être anxiogène ? Ou bien peut-elle être responsable de comportements plus difficiles de la part de l'enfant ?
6. La majorité des enfants n'a pas apporté d'objet transitionnel : plus de 88% des enfants « P4 », « P7 » et « P9 » n'en ont pas contre 65% parmi les enfants au comportement témoignant d'une angoisse. Ces différences sont significatives puisque les intervalles de confiance ne se superposent pas. Nous reviendrons sur ce constat intéressant.

3-3-4 Quelle est la place du jeu lors de la consultation ?

- dans la salle d'attente, 54,7% des enfants jouent,
- lors de l'interrogatoire, il y en a 20%,
- lors du déshabillage : 8,4%,
- lors du premier contact : 1,1%,
- lors de l'auscultation : 7,4%,
- lors de l'allongement : 1,1%,
- lors de la délivrance de l'ordonnance : 42,1%.



Restons prudents sur l'interprétation de ces résultats : dans la salle de consultation, l'enfant avait-il la possibilité de jouer ? Y avait-il des jeux et si oui, l'enfant y avait-il accès ? On remarque toutefois la place non négligeable du jeu avec plus de 50% des enfants qui jouent dans la salle d'attente et 42% lors de la délivrance de l'ordonnance. Certains poursuivent même leur activité lors du déshabillage et de l'auscultation alors qu'on est au cœur de l'examen clinique et que l'enfant y occupe une place centrale. Que signifie le jeu? Peut-on conclure qu'un enfant qui joue est un enfant serein ? Ces questions seront évoquées lors de la discussion des résultats.

3-3-5 L'objet transitionnel interfère-t-il dans le comportement de l'enfant ?

Tableau de comparaison des comportements majoritaires entre les enfants venus avec un objet transitionnel et ceux venus sans :

ETAPES	PRÉSENCE D'OBJET TRANSITIONNEL (n=25)	ABSENCE D'OBJET TRANSITIONNEL (n=70)
1 - salle d'attente	P1 = 96%	P1 = 93%
2 - entrée dans la salle	P2 = 56% (ic = 35 à 76%)	P2 = 75,7% (ic = 64 à 85%)
3 - interrogatoire	P3 = N3 = 36%	P3 = 41,4%
4 - déshabillage	N4 = 76% (ic = 55 à 91%)	N4 = 47% (ic = 35 à 59%)
5 - premier contact	N5 = 72% (ic = 51 à 88%)	N5 = 50% (ic = 38 à 62%)
6 - auscultation	N6 = 68% (ic = 47 à 85%)	P6 = 53%
7 - allongement	N7 = 84% (ic = 64 à 96%)	N7 = 54% (ic = 42 à 66%)
8 - examen des tympans	N8 = 72% (ic = 51 à 88%)	N8 = 60% (ic = 48 à 71%)
9 - examen de la gorge	N9 = 88% (ic = 69 à 98%)	N9 = 63% (ic = 51 à 74%)
10 - fin de l'examen	N10 = 48%	P10 = 56%
11 - ordonnance	I11 = 48%	I11 = 47%
12 - à la sortie de la salle	P12 = 64%	P12 = 64%

En rouge, sont mentionnés les comportements majoritaires de l'étape qui sont opposés entre les deux catégories d'enfants : il s'agit de « N6 » et « P6 » ainsi que « N10 » et « P10 ». Pour toutes les autres étapes, les comportements majoritaires sont N, P ou I pour les deux catégories.

Les intervalles de confiance sont mentionnés dans les cas où ils ne se superposent pas pour souligner la validité des résultats.

Quel est le profil des enfants ayant emmené un objet transitionnel ?

- il s'agit d'environ un quart des enfants observés (25 sur 95),
- en majorité des filles (64%, n=16),
- sans antécédent particulier (72%, n=18),
- ces enfants sont adressés pour « maladie » (72%, n=20),
- et amenés par leur mère (68%, n=17).

Les résultats sont surprenants :

1. Les enfants venus avec un objet transitionnel manifestent une angoisse nettement plus fréquente que les enfants venus sans objet transitionnel . La différence est majeure puisqu'elle est de 30 points pour le déshabillage, l'auscultation et l'allongement ; elle est de 25 points pour l'examen de la gorge ; elle est de 20 points pour le premier contact et l'entrée dans la salle d'examen et de 12 points pour l'examen des tympans.
2. Entre la salle d'attente et l'entrée dans la salle d'examen, la baisse de « P1 » à « P2 » est de 40 points chez les enfants venus avec un objet transitionnel alors qu'elle est de 20 points dans le deuxième groupe.
3. Pour deux étapes (l'auscultation et la fin de l'examen clinique), les comportements majoritaires sont différents, avec des comportements « P6 » et « P10 » pour les enfants venus sans objet transitionnel et « N6 » et « N10 » concernant les enfants venus avec objet transitionnel. A noter : N6 = 37% (avec ic = 26 à 49%), N10 = 39%.
4. Lors de 3 étapes seulement les résultats entre les deux groupes sont similaires : la salle d'attente, la délivrance de l'ordonnance et la sortie de la salle d'examen. Il s'agit d'étapes non intrusives pour l'enfant.

Comment peut-on interpréter ces résultats ?

Un objet transitionnel rassure t-il vraiment ?

Certes, l'échantillon concernant les enfants venus avec objet transitionnel est inférieur à 30 (il est de 25) ; les résultats sont donc à interpréter prudemment ; toutefois, les différences observées sont spectaculaires et sont concordantes à chaque étape ; de plus, les intervalles de confiance ne se superposent quasiment pas.

L'enfant venant avec un objet transitionnel est-il particulièrement plus angoissé, plus sensible qu'un autre enfant ; peut-on alors penser que cet objet le rassure et que sans celui-ci l'angoisse serait majorée ?

Un enfant apportant systématiquement son objet transitionnel, son « substitut de mère » avec lui, n'importe où, peut-il être par conséquent plus craintif qu'un enfant « sevré » et donc plus en avance dans son autonomie ?

Nous essaierons d'ébaucher des réponses dans la discussion.

3-3-6 Le sexe de l'enfant a-t-il un rôle dans son comportement ?

Le tableau (page suivante) nous permet de faire trois constats :

1. Il existe une différence de 15 points au niveau de l'auscultation, étape peu invasive, nettement moins bien tolérée par les filles. Les garçons, ayant un comportement « N5 » pour 50% d'entre eux, se calment lors de l'auscultation (- 12 points entre N5 et N6) tandis que les filles manifestant un comportement « N5 » plus fréquent que les garçons (62,8%) se calment moins facilement à cette étape (- 9 points entre N5 et N6).
2. De même, il existe une différence encore plus marquante lors de l'allongement : les filles manifestent un comportement d'angoisse nettement plus fréquemment que les garçons (20 points d'écart entre les deux sexes). Faudrait-il être (encore) plus vigilant à cette étape à l'égard de celles-ci qu'à l'égard des garçons ?
3. Au cours des autres étapes de la consultation, on ne constate pas de différence majeure de comportement entre les deux sexes.

Fréquence des comportements « N » à chaque étape de la consultation au sein des populations garçons et filles :

ETAPES	SEXE = M (n= 52)	SEXE = F (n =43)	ENSEMBLE DES CONSULTATIONS (n=95)
N1 - salle attente	7,7%	2.3%	5,3%
N2 - entrée	30,8%	28%	29,4%
N3 - interrogatoire	27%	23,3%	25,3%
N4 - déshabillage	52%	58%	54,7%
N5- premier contact	50%	62,8%	55,8%
N6 - auscultation	38,5% (ic = 25 à 53%)	53,5% (ic = 38 à 69%)	45,3%
N7 - allongement	53,8% (ic = 40 à 68%)	72% (ic = 56 à 85%)	62,1%
N8 - tympan	63,5%	62,8%	63,2%
N9 - gorge	67%	72%	69,5%
N10 - fin examen	42,3%	35%	38,9%
N11 - ordonnance	17%	11,6%	14,7%
N12 - sortie	7,7%	16,3%	11,6%

En rouge sont mentionnées les différences les plus marquantes entre les deux séries.

3-3-7 Fréquence des comportements « N4 », « N7 » et « N9 » en fonction de l'adulte accompagnant

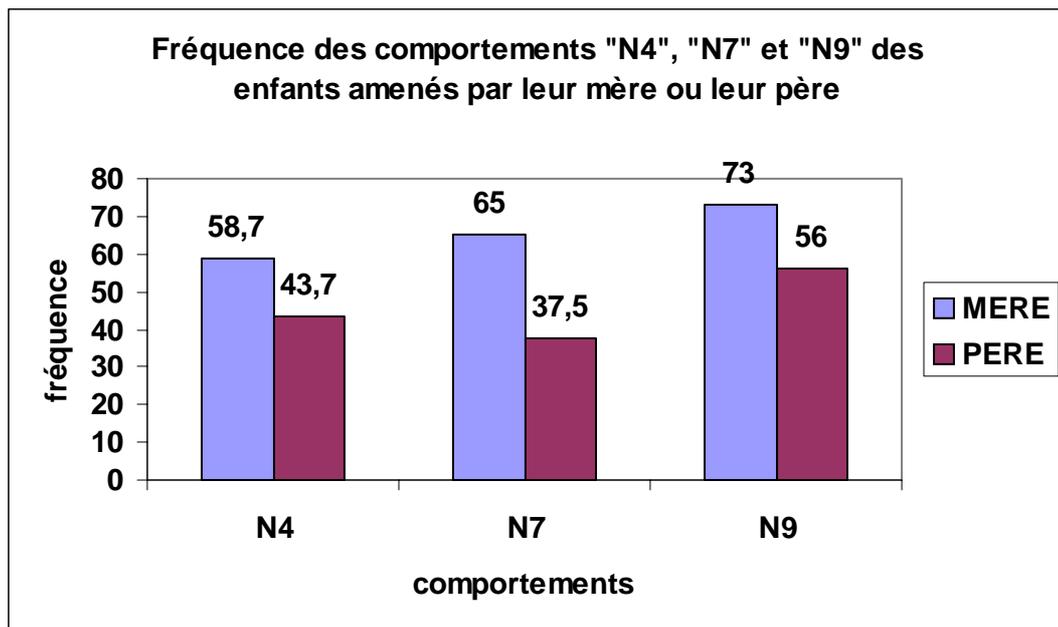
On a vu que la majorité des enfants sont accompagnés de leur mère (66,4%, n=63) tandis que 16,8% le sont de leur père (n=16), 12,6% de leur deux parents (n=12) et 4,2% d'un grand-parent (n=4). Peut-on mettre en évidence une différence de comportement en fonction de l'adulte accompagnant ? Pour cela, nous allons comparer la fréquence des comportements « N », lors des étapes les plus anxiogènes, des enfants accompagnés par un seul de leur parent.

Parmi les enfants amenés par leur mère (n=63) :

- 58,7% sont « N4 » (n=37),
- 65% sont « N7 » (n=41),
- 73% sont « N9 » (n=46).

Parmi les enfants amenés par leur père (n=16) :

- 43,7% sont « N4 » (n=7),
- 37,5% sont « N7 » (n=6),
- 56% sont « N9 » (n=9).



Ces résultats semblent illustrer le rôle de l'adulte accompagnant sur le comportement de l'enfant ; il faut néanmoins rester prudent sur leur analyse étant donné le faible échantillon des enfants amenés par leur père. Toutefois, on remarque une proportion plus faible de comportements « N » chez les enfants accompagnés de leur père. Peut-on penser que l'autorité paternelle impose plus facilement à l'enfant de se laisser faire ? Ou bien que le père véhicule une image plus rassurante que la mère ? Nous évoquerons ces hypothèses dans la discussion.

3-3-8 Les enfants « N4 » seront-ils nécessairement « N7 », « N8 » et « N9 » ? Sont-ils les mêmes que ceux aux comportements « N7 », « N8 », « N9 » ?

Le but est de déterminer dans quelle mesure les enfants manifestant un comportement d'angoisse lors du déshabillage gardent ce comportement lors des autres étapes anxiogènes : l'allongement, l'examen des tympans et de la gorge.

➤ Relation entre un comportement « N4 » (déshabillage) et un comportement « N7 » (allongement) :

Fréquence des comportements {« N4 »+« N7 »} : 43% (n=41), soit presque la moitié des enfants observés.

Quel est le profil de ces enfants à la fois « N4 » et « N7 » ?

- il s'agit en majorité de filles (53,7%, n=22),
- accompagnées de leur mère (73%, n=30),
- connaissant le médecin (80%, n=33)
- et n'ayant pas d'antécédent (73%, n=30).

Parmi les comportements « N4 » (n=52), 78,8% sont « N7 ».

Parmi les comportements « N7 » (n=59), 69,5% sont « N4 ».

L'odd-ratio entre « N4 » et « N7 » est de 5,18 avec un $p < 0,00022$.

Il existe donc une relation statistiquement significative entre ces deux comportements. C'est-à-dire qu'un enfant manifestant de l'inquiétude lors du déshabillage aura statistiquement plus de risques qu'un autre de manifester une angoisse lors de l'allongement.

➤ Relation entre les comportements « N4 » et « N8 » (tympans) :

Fréquence des comportements {« N4 » et « N8 »} : 46,3% (n=44) ; ce pourcentage se majore par rapport à celui de {« N4 »+ « N7 »}.

Quel est le profil de ces enfants à la fois « N4 » et « N8 » ?

- il s'agit en majorité de garçons (52,3%, n=23),
- amenés par leur mère (72,7%, n=32),
- connaissant le médecin (84%, n=37)
- et n'ayant pas d'antécédent notable (70,5%, n=31).

Parmi les comportements « N4 » (n=52), 84,6% sont « N8 ».

Parmi les comportements « N8 » (n=60), 73,3% sont « N4 ».

L'odd-ratio entre « N4 » et « N8 » est de 9,28 avec un $p < 0,000002$.

La relation entre les comportements « N4 » et « N8 » est indiscutable ; cela signifie qu'un enfant angoissé par le déshabillage aura statistiquement plus de risques d'avoir un comportement manifestant de l'angoisse lors de l'examen des tympans.

➤ Relation entre un comportement « N4 » et un comportement « N9 » (gorge) :

Fréquence des comportements {« N4 » + « N9 »} : 46,3% (n=44).

Quel est le profil de ces enfants à la fois « N4 » et « N9 » ?

- il s'agit en majorité de filles (54,5%, n=24),
- amenées par leur mère (75%, n=33),
- connaissant le médecin (84%, n=37)
- et n'ayant pas d'antécédent particulier (73%, n=32).

Parmi les comportements « N4 » (n=52), 84,6% sont « N9 ».

Parmi les comportements « N9 » (n=66), 66,7% sont « N4 ».

L'odd-ratio entre « N4 » et « N9 » est de 5,25 avec un $p < 0,00042$.

A nouveau, on constate une relation entre ces deux comportements. C'est-à-dire qu'un enfant inquiet lors du déshabillage aura statistiquement plus de risques de manifester une angoisse lors de l'examen de la gorge.

On peut déduire de l'ensemble de ces résultats qu'il existe une grande probabilité pour que les enfants manifestant une angoisse lors du déshabillage manifestent également une angoisse lors de l'allongement puis lors de l'examen ORL.

Ces résultats confirment que le déshabillage est bien une «étape-clé» dans l'examen clinique ; le vécu de cette étape par l'enfant aura une répercussion sur le comportement de celui-ci tout au long de toute la consultation.

3-3-9 Quelle est la relation entre un comportement « N7 » et les comportements « N8 » et « N9 » ?

Cette fois-ci, nous cherchons à savoir si, comme on le pense intuitivement, un enfant angoissé par l'allongement a plus de risque statistique d'être angoissé lors de l'examen ORL qu'un autre enfant.

➤ Relation entre les comportements « N7 » (allongement) et « N8 » (tympans) :

Fréquence des comportements « N7 » + « N8 » : 50,5% (n=48) soit la moitié exactement des observations.

Quel est le profil de ces enfants à la fois « N7 » et « N8 » ?

- il s'agit également en majorité de filles (52%),
- amenées par leur mère (73%, n=35),
- connaissant le médecin (81%),
- et n'ayant pas d'antécédent particulier (73%).

Parmi les comportements « N7 » (n=59) : 81,4% ont un comportement « N8 ».

Parmi les comportements « N8 » (n=60) : 80% ont un comportement « N7 ».

L'odd-ratio entre « N7 » et « N8 » est de 8,73 avec un p proche de 0.

La relation entre les comportements « N7 » et « N8 » est statistiquement significative : un enfant manifestant une angoisse lors de l'allongement sera très probablement inquiet lors de l'examen des tympans.

➤ Relation entre les comportements « N7 » et « N9 » (gorge) :

Fréquence des comportements « N7 » + « N9 » : 56,8% (n=54).

Quel est le profil de ces enfants à la fois « N7 » et « N9 » ?

- il s'agit également en majorité de filles (53,7%, n=29),
- amenées par leur mère (70%, n=38),
- connaissant le médecin (76%, n=41),
- et n'ayant pas d'antécédent particulier (76%, n=41).

Parmi les comportements « N7 » (n=59) : 91,5% sont « N9 ».

Parmi les comportements « N9 » (n=66) : 82% sont « N7 ».

L'odd-ratio entre N7 et N9 est de 21,6 avec un p proche de 0.

La relation entre un comportement « N7 » et « N9 » est hautement significative.

En conclusion, ces résultats démontrent que, dans l'étude, un enfant angoissé par l'allongement a plus de risques qu'un autre de manifester une angoisse lors de l'examen ORL.

IV - DISCUSSION

4-1 Limites de l'étude

4-1-1 L'observation participante et naturaliste

Dans cette étude, l'observateur est actif ; il participe à la scène ; même lorsqu'il n'examine pas physiquement l'enfant, il intervient lors de la consultation par exemple pour aider l'accompagnateur, l'enfant ou le médecin. Ce travail se rapproche plus de la psychologie comportementale que du concept d'E. BICK (2,5,22,24). Cette psychanalyste a créé un concept d'observation des bébés consistant en l'observation précise, par un professionnel, du comportement des enfants à leur domicile, une heure par semaine pendant des mois voire des années, l'observateur ne participant pas à la scène. Cette méthode a pour objectifs principaux de dépister d'éventuels troubles affectifs, psychologiques ou intellectuels chez l'enfant, d'en trouver les causes, d'y remédier, si possible et de surveiller son développement.

Par ailleurs, les observations se déroulent dans les conditions quotidiennes d'exercice des médecins ; il s'agit d'observations naturalistes par opposition aux observations expérimentales où toutes les variables sont contrôlées et les conditions reproductibles.

Par exemple, l'augmentation massive de comportements « I » lors de la délivrance de l'ordonnance peuvent nous amener à nous demander si l'investigateur, lorsqu'il s'agit du médecin menant la consultation, était attentif au comportement de l'enfant alors que la rédaction de l'ordonnance et les explications livrées à l'adulte lui demandaient une concentration accrue.

4-1-2 Limites de l'utilisation d'un questionnaire à questions fermées

Le questionnaire permet relativement peu de souplesse en ne signalant pas des modifications de comportement survenant lors d'une même étape de l'examen clinique. J'ai toutefois laissé à l'investigateur la possibilité de nuancer les réponses en proposant à chaque étape la réponse « autre comportement ».

En revanche, le questionnaire permet d'obtenir des réponses orientées ; en proposant de nombreux indicateurs de comportement, j'ai limité le plus possible l'interprétation des investigateurs. Ce système garantit une homogénéité de recueil des données entre observateurs.

L'utilisation d'un questionnaire à questions fermées permet un dénombrement et non une étude détaillée du comportement ; à nouveau, nous nous trouvons assez loin du concept pointu d'observation d'E. BICK.

4-1-3 Limites du travail d'observation

Comme le souligne E. BICK (2,6,22), tout travail d'observation induit une interprétation parfois inconsciente de la part de l'observateur ; il consiste à sélectionner l'ensemble des informations qui s'offrent à chaque instant. J'ai essayé de restreindre cette interprétation en créant un questionnaire qui permette des réponses orientées ainsi qu'en limitant le nombre d'investigateurs à quatre personnes (dont moi-même).

4-1-4 Abstraction de l'environnement

J'ai volontairement limité mon travail à l'observation du comportement de l'enfant ; néanmoins, il est évident que celui-ci est influencé par l'environnement social, familial, dans lequel il évolue, par l'environnement du cabinet médical, par le comportement de la personne l'accompagnant, par celui du médecin, par la relation qu'a l'accompagnant avec les soins médicaux, avec le médecin consulté, etc.

4-2 Validité des résultats

Cette enquête de type exploratoire concerne un échantillon de 95 observations. Sa taille ne permet malheureusement pas d'obtenir des intervalles de confiance inférieurs à 10% . De plus, celle-ci étant menée sur un sujet sur lequel je n'ai pas trouvé de travaux similaires, les résultats ne peuvent être comparés à ceux d'études antérieures. En revanche, elle peut inciter à la réalisation de travaux de plus grande envergure. Par exemple, des études du comportement d'enfants plus nombreux sur certaines étapes de l'examen clinique.

4-3 Relations entre le comportement de l'enfant et son développement psychologique, affectif et intellectuel

4-3-1 Que représente l'angoisse chez l'enfant ? Comment la gère-t-il ?

70% des enfants observés dans notre étude ont, à un moment donné de l'examen clinique, un comportement témoignant d'une angoisse. Ce chiffre est très important. Mais que représente-t-elle et quels moyens l'enfant met-il en place pour y faire face ?

Pour S. FREUD (1919), l'angoisse a pour but de mettre le sujet en alerte face aux dangers potentiels liés à la séparation éventuelle ; elle ne traduit pas seulement une réaction instantanée et automatique face aux pertes et séparations. D'ailleurs, l'angoisse de séparation servirait au fond de trame à toutes les angoisses de l'être humain. L'enfant n'est pas encore parvenu à faire une distinction entre une absence passagère et une perte définitive. Chaque fois que la présence de la mère lui fait défaut, il se comporte comme s'il ne devait plus jamais la revoir, et c'est seulement à la suite d'expériences répétées qu'il apprend qu'une telle absence est suivie d'un retour assuré. L'angoisse de l'enfant lors de l'examen clinique correspondrait-elle à la peur d'être séparé de sa mère ?

M. KLEIN (1952), psychanalyste contemporain, situe ce phénomène un peu plus tôt que S. FREUD ; elle explique l'importance du jeu de « coucou le voilà » qui symbolise perte et retour de la mère. La répétition des expériences positives est un facteur important pour aider l'enfant à surmonter son sentiment de perte et son ressentiment.

On prend donc conscience lors des étapes anxiogènes de l'examen comme l'allongement, l'examen des tympans et celui de la gorge, que l'angoisse de l'enfant peut être due à la disparition de sa mère de son champ de vision. Ne serait-il pas intéressant pour rassurer l'enfant de l'allonger une première fois puis le relever aussitôt avant de l'allonger à nouveau pour lui montrer que sa mère n'a pas disparu définitivement ? Ne pourrait-on pas veiller à ce que tout simplement sa mère reste dans le champ de vision de l'enfant tout au long de l'examen clinique ? Cela nécessite, par exemple, une table autour de laquelle la mère puisse se déplacer lors de l'examen des tympans où le regard de l'enfant passe rapidement d'un côté à l'autre ? Tout simplement, ne peut-on pas parfois éviter l'allongement et donc, l'angoisse qui l'accompagne ?

A. FREUD (1919) s'est attachée à décrire les différents types d'angoisse qui peuvent assaillir le Moi et les divers mécanismes de défense que celui-ci peut mettre en place pour y faire face. Les circonstances dans lesquelles elle survient sont : la peur du Surmoi, source d'une angoisse morale comme dans la névrose d'adulte, la peur face aux dangers réels et la peur de la puissance des pulsions. Au début de sa vie, l'enfant a beaucoup de mal à distinguer fantasmes et réalité. La peur de l'enfant

jeune est donc toujours vécue par lui comme une peur réelle face à des dangers externes.

Les divers mécanismes utilisés par l'enfant pour contrôler sa peur sont :

- La négation par le fantasme exprimé par exemple à travers le jeu. Nous développerons cette notion dans le paragraphe suivant.
- La négation par actes et paroles ; dans nos observations cela correspond à l'enfant qui cherche à attirer l'attention du médecin ou du parent, en lui parlant, en le sollicitant, en essayant de le faire participer à son jeu... Dans notre étude, 11,6% des enfants observés réagissent ainsi lors de l'interrogatoire et 13,7% lors de la délivrance de l'ordonnance.
- La rétraction du Moi devant un danger extérieur. L'enfant limite ses activités et s'enferme dans une attitude passive ; ce mécanisme de défense est extrêmement banal chez l'enfant. Cela peut correspondre à un enfant prostré mais aussi un enfant particulièrement calme, docile. Il pourrait expliquer l'augmentation du nombre d'enfants calmes de l'étape de l'interrogatoire à celle de l'auscultation (en étant passé par le déshabillage, particulièrement anxiogène) en même temps que celui d'enfants « N ». Un enfant calme n'est donc pas toujours un enfant serein, détendu.
- « L'identification à l'agresseur » correspond à un mécanisme de défense parfaitement physiologique tant qu'elle est utilisée envers des personnes qui ont quelque autorité sur l'enfant (médecin notamment mais aussi parents, plus tard professeurs...). Il s'agit pour lui d'imiter l'agresseur (le fameux jeu du docteur) afin de maîtriser sa peur de celui-ci. On comprend alors l'intérêt que peut prendre le jeu pour l'enfant, en se servant du matériel du médecin sur sa peluche par exemple.

4-3-2 Le jeu

Nous avons vu que le jeu occupe une place importante lors de la visite de chez le médecin puisque plus de la moitié des enfants observés jouent dans la salle d'attente et 42% lors de la délivrance de l'ordonnance. Certains poursuivent même leur activité pendant toute la durée de l'examen. Que signifie le jeu ? Est-ce un « simple » divertissement ou doit-on y voir un rôle majeur dans la gestion de l'angoisse ?

Pour Donald W. WINNICOTT (33), pédiatre et psychanalyste, le jeu indique l'existence d'une vie fantasmatique chez l'enfant, spécifique au nourrisson humain. Le développement de la fantasmatisation permet la distinction entre le conscient et l'inconscient. L'inconscient comprend des aspects de la psyché qui sont si primitifs qu'ils ne deviennent jamais conscients ; il permet au sujet de se défendre contre l'angoisse en rendant inaccessible des objets anxiogènes. M. KLEIN (19) considérait le jeu de l'enfant comme l'expression des fantasmes masturbatoires de celui-ci.

S. FREUD (2,6,17) interprète comme un mode de maîtrise de l'angoisse de séparation le jeu d'un enfant de 18 mois, qui consistait à jeter une bobine attachée à un fil avant de la faire réapparaître en tirant sur le fil. Il s'agissait d'un enfant sans

difficulté relationnelle avec ses parents, au développement intellectuel normal, ne pleurant jamais pendant les absences parfois longues de sa mère à laquelle il était particulièrement attaché. Cet enfant avait cependant la fâcheuse habitude d'envoyer tous les petits objets qui lui tombaient sous la main dans le coin d'une pièce, sous un lit, etc. S. FREUD observa un jour cet enfant avec une bobine de bois, entourée d'une ficelle ; tout en maintenant le fil, il lançait la bobine par dessus son lit ; elle disparaissait de son champ de vision. Il tirait sur le fil, faisant réapparaître l'objet et le saluait par un son joyeux. L'enfant répétait inlassablement cette séquence. Pour S. FREUD, l'interprétation était aisée : l'enfant reproduisait avec les objets les scènes de disparition et de réapparition ce qui lui permettait de supporter sans protestation le départ de sa mère.

B. GOLSE (19), professeur de pédopsychiatrie, explique que l'activité ludique correspond à l'assimilation psychique d'un événement important du réel, notamment la présence ou l'absence de la mère. L'activité ludique permet à l'enfant de décharger l'angoisse née de la prise de conscience de l'existence de l'objet libidinal séparé de lui. Le jeu rétablit sa toute-puissance et lui permet de maîtriser ses relations conflictuelles. L'enfant peut y exprimer son agressivité.

Ces notions se retrouvent dans le « Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » (12) où les auteurs S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE expliquent que le jeu est une activité naturelle pour l'enfant qui met en scène son monde intérieur, il se projette dans l'avenir - immédiat ou plus lointain - , il cherche la satisfaction fantasmatique de ses désirs et maîtrise ses angoisses.

Ces différentes fonctions du jeu en font un moyen privilégié de communication pour l'enfant, surtout entre 18 mois et 2 ans (et plus tard à 6 - 7 ans). En effet, c'est à partir de 18 mois en moyenne que l'enfant commence à acquérir des possibilités de représentation par le jeu. Il est donc important de laisser la possibilité à l'enfant de jouer lors d'une consultation ; ces jouets doivent dans la mesure du possible lui être familiers, correspondre à son monde sans toutefois que le réalisme soit trop poussé pour ne pas nuire à l'activité fantasmatique. Pendant que l'enfant joue, le médecin peut l'observer : cherche-t-il à représenter une scène ? L'humeur de l'enfant est une information essentielle : est-il calme, détendu ? Est-il au contraire instable, excité ? A-t-il des moments d'angoisse qui se traduisent par un arrêt du jeu, une demande de revoir les parents ou au contraire par un mouvement de rapprochement du médecin avec des questions, des demandes de participations au jeu...

Dans notre étude, 11,6% des enfants sollicitent le médecin ou le parent lors de l'interrogatoire et 13,7% lors de la délivrance de l'ordonnance ; ceci peut donc correspondre à des enfants, sujets à des angoisses, et qui cherchent à les canaliser. On comprend alors qu'un enfant qui joue n'est pas toujours un enfant détendu et que la présence du jeu dans la salle d'attente et dans la salle de consultation semble essentielle. Environ la moitié des jeunes patients observés jouent dans la salle d'attente et/ou lors de la délivrance de l'ordonnance. On imagine que le jeu dans la salle d'attente va avoir un rôle plutôt « canaliseur » d'angoisse tandis que celui de la fin de la consultation va plutôt être source de détente.

De plus, le déshabillage est la première étape anxiogène (55%). On y voit déjà une première explication : l'arrêt fréquemment imposé du jeu par le parent qui a hâte de présenter l'enfant « prêt pour l'examen ». Celui qui jouait sereinement peut alors être contrarié ; et celui qui se réfugiait dans une vie fantasmatique n'a plus de moyen de

gérer son angoisse ; il se retrouve brutalement face à la réalité (la consultation) avec l'angoisse qu'elle lui procure. Il anticipe à cette étape la suite de l'examen.

Par ailleurs, on a observé seulement quelques enfants (8%), poursuivre le jeu lors de l'examen physique ; or il est probable que si on leur en avait laissé la possibilité, un plus grand nombre se serait comporté ainsi afin de mieux supporter la situation anxiogène ; le médecin ainsi que les parents devraient donc, dans la mesure du possible, laisser la possibilité à l'enfant de poursuivre son activité.

4-3-3 La négation, l'opposition

Parmi les 70% qui manifestent une inquiétude lors de l'examen de la gorge, 80% des enfants observés pleurent et /ou s'opposent ; certains hurlent, d'autres se débattent. L'ensemble de ces enfants sont-ils réellement angoissés ? Peut-on penser qu'il puisse s'agir de colères, que ces comportements témoignent d'une quête d'autonomie ?

L'acquisition du « Non » est l'un des temps forts du développement de l'enfant qui survient dans la période 12–24 mois. Ce dernier est de plus en plus confronté aux interdits de l'adulte qui veille à sa sécurité ; il voit alors l'adulte comme une image limitante, frustrante et qui lui dit souvent « non ». Cette protection négative peut éveiller chez l'enfant une anxiété inconsciente face à laquelle il va lutter en s'identifiant à l'agresseur ou plutôt à l'agression en reprenant le « non » à son propre compte. Le refus de l'enfant peut se manifester par un mouvement de tête, souvent suivi de pleurs .

Pour J. ISRAEL (23), pédiatre et membre du *GRENN* (Groupe de Recherche et d'Etude du Nouveau-Né), l'enfant a le droit de s'opposer et c'est aux parents de savoir ce qui est acceptable ou non ; certaines choses se négocient, d'autres pas. Entre 15 et 18 mois, l'enfant s'affirme de plus en plus et tout est prétexte à s'opposer à la volonté de l'adulte. Cette période difficile ponctuée de cris et d'agitation ne signifie en aucun cas que l'enfant est malheureux ou « traumatisé ». On comprend que la consultation médicale où les parents aimeraient présenter un enfant gentil et « bien élevé » en fait un lieu privilégié de défoulement pour l'enfant ! Il a conscience de pouvoir embarrasser ses parents.

Pour T. Berry BRAZELTON (3), professeur de pédiatrie à la faculté de Harvard, cette poussée d'autonomie est non seulement normale, mais elle est saine et un enfant trop « docile » finira obligatoirement par se révolter, et pourra être, à ce moment-là, beaucoup plus difficile. En tout cas, une chose est constante : si on force un enfant, il se révolte ; c'est une réaction appropriée. En fait, les colères sont la caractéristique de la deuxième année de vie et donnent aux parents le sentiment que tout est leur faute. En fait, la colère reflète l'intensité, la passion qui agite l'enfant devant toute décision. Souvent, une attitude calme, un refus de s'impliquer permettent de désamorcer les crises d'opposition.

Pour M. DAVID (9), pédopsychiatre, les colères n'expriment pas seulement le désarroi de l'enfant mais également sa furie contre tout ce qui s'oppose à lui, et en

particulier sa mère. Il y a là à la fois un appel, une recherche de consolation, un refus de céder et une tentative désespérée de domination.

Dans le cas des enfants vus en consultation, les manifestations d'opposition ont donc un sens et correspondent à un stade du développement; c'est au médecin aidé des parents de discerner les réactions d'angoisse – qui nécessiteront une attention particulière avec tentative de « ré-assurance » de l'enfant – des réactions d'opposition qui pourront nécessiter de la part du médecin et des parents de poser des limites. Et attention à l'enfant calme, trop docile...son comportement sera donc à surveiller au rythme des consultations et le médecin guettera le moment où l'enfant se révoltera, ce qui traduira un développement « normal » même si l'examen n'en sera que plus compliqué !

4-3-4 Le rôle de la mère... et celui du père

Dans notre étude, 66,4% des enfants sont amenés par la mère, 16,8% par le père et 12,6% par les deux parents. On imagine aisément le rôle majeur de l'adulte dans le comportement de l'enfant. Par ailleurs, on a mis en évidence que ceux accompagnés par leur père avaient une fréquence moindre de comportements « N » lors des étapes particulièrement anxiogènes. A quoi peut-on attribuer ces résultats ? Quel est l'impact de l'adulte sur l'enfant en consultation ?

D.W. WINNICOTT (33) rappelle que lors d'une consultation médicale, l'enfant, s'il en a la capacité, doit gérer une relation double avec la mère et le médecin, ce qui exige un degré de développement plus élevé que celui qui est nécessaire pour reconnaître une seule personne à la fois. Cette étape qui permet à l'enfant de manier deux relations simultanées est franchie pendant la première année de vie. Or J.ISRAEL (23) explique que si les parents acceptent difficilement les soins que le médecin apporte à l'enfant, alors celui-ci, qui s'affirme dès 6 mois et de façon accentuée à 18 mois, les refusera de façon plus prononcée. Par conséquent, il peut être important pour le médecin de connaître le rapport qu'ont les parents avec l'environnement médical.

J. NADEL et P-M. BAUDONNIERE, docteurs en psychologie, (12) expliquent que le bébé se comporte différemment selon les expressions faciales qui lui sont adressées. L'enfant est capable dès l'âge d'un an de décoder la signification de certaines émotions exprimées par le visage. Et, confronté simultanément à deux expressions, par exemple de joie et de peur, le bébé regarde en fait toujours plus l'expression de peur. Or, il est fréquent - et on le comprend aisément – que le parent soit inquiet par la situation : par la peur du diagnostic, de la réaction de l'enfant ; il peut être intimidé par un médecin qu'il ne connaît pas ou mal à l'aise avec l'environnement médical. Le médecin doit avoir conscience qu'un parent angoissé transmet son inquiétude à l'enfant.

Les parents, même inquiets, ont un rôle à jouer dans la « ré-assurance » de leur enfant. En effet, il a été récemment montré que la timidité et la réserve face aux nouvelles situations étaient probablement innées. En ce cas, des parents sensibles

et timides remarquant ce trait de caractère particulièrement accentué chez leurs enfants peuvent éviter de l'amplifier en y ajoutant leurs propres angoisses. Ils ont la possibilité de les aider en les rassurant et en leur expliquant comment, eux, ont réussi à faire face à cette nouvelle situation parfois inquiétante.

J. LE CAMUS, professeur émérite de psychologie, rappelle que, déjà, au cours de la première année, le père pouvait contribuer à la prise de confiance en soi chez le bébé des deux sexes. KROMELow, psychologue, a également noté que des garçons âgés de 18 à 21 mois se montraient plus entreprenants et plus interactifs vis-à-vis d'une personne étrangère en contexte paternel qu'en contexte maternel ; on a dit que le père agissait comme un « catalyseur de prise de risque » (18).

Par ailleurs, T. Berry BRAZELTON (3) souligne que l'enfant dans sa deuxième année traite presque toujours ses deux parents différemment. Il est plus exigeant, plus difficile avec le parent pour lequel l'attachement est le plus intense, habituellement la mère.

Ces deux notions sont intéressantes à connaître chez l'enfant qui est opposant systématiquement en consultation et amené chaque fois par sa mère : ne peut-elle pas envisager de temps en temps de laisser le père l'y emmener ?

4-3-5 L'intrusion

On a constaté que le déshabillage et l'examen ORL font partie des étapes les plus anxiogènes pour l'enfant. Pourquoi ? Certainement parce qu'il s'agit d'étapes intrusives à différents niveaux.

- **L'atteinte du territoire**

T. Berry BRAZELTON (3) explique que les caprices de l'enfant d'un an sont à leur maximum devant une atteinte de son territoire. Quand on le regarde, on envahit son espace personnel et on risque fortement de déclencher une réaction d'autodéfense. Pour lui, il est important d'approcher un enfant inquiet une fois que celui-ci est un peu détendu, très progressivement en surveillant son visage et son corps pour détecter une permission de débiter sur lui l'examen. Il ne le regarde jamais dans les yeux à ce stade d'approche. Le regard est pénétrant, intrusif pour l'enfant.

C. MONTIEL, résident en médecine, avait filmé des consultations de nourrissons de 7 à 24 mois et constaté que la fixité du regard du médecin sur celui de l'enfant générait des pleurs (28). On retrouve parfois cette intrusion d'emblée, lors de l'entrée de l'enfant dans la salle d'examen.

Le déshabillage correspond également à une intrusion par le médecin: intrusion physique car le médecin s'approche de l'enfant, même s'il ne le déshabille pas et également intrusion par le regard, par la parole.

- La nudité

Oter les vêtements de l'enfant – d'ailleurs souvent rapidement, en le forçant un peu – correspond à lui enlever son enveloppe protectrice. Elle le protège du froid, mais aussi d'agressions physiques pouvant venir de tierces personnes. C'est pourquoi l'enfant jeune tolère souvent mal la nudité. Il s'agit d'une réaction normale chez le nouveau-né chez qui elle est très accentuée ; elle s'atténue progressivement par la suite mais reste présente pendant plusieurs années. G. HAAG, psychiatre et psychanalyste, rapporte à propos de la méthode d'observation d'E. BICK, au sein d'un centre d'enfants handicapés sur le plan neurologique, l'accentuation forte de ce phénomène : des enfants de 8 ou 10 ans, ayant un lourd retard mental, se mettaient à trémuler ou à hurler lors de la dénudation. Il fallait les envelopper au plus vite, comme cela arrive chez les bébé normaux des trois premières semaines de vie, lorsqu'ils n'ont pas encore fait leur peau post-natale (2).

A ce propos, T. Berry BRAZELTON (3) précise qu'il est important de respecter l'intimité de l'enfant. Le médecin peut alors tout à fait mener à bien son examen en veillant à déshabiller l'enfant au fur et à mesure des parties du corps examinées et non effectuer un déshabillage complet dès le début de l'examen.

- Le toucher

Le déshabillage est aussi le moment où l'enfant peut anticiper le moment du premier contact physique. Or, le toucher est loin d'être anodin.

La notion du contact mère/enfant est exploitée dans la méthode des bébés kangourou, inventée par le Pr. E. REY SANABRIA, pédiatre en 1978, qui avait remarqué qu'un bébé prématuré se développait nettement mieux blotti contre sa mère, peau à peau, 24h sur 24 que sous une couveuse (31).

D. ANZIEU, définit le concept de « Moi-peau » comme étant une « figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même, comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps » (1). Une des fonctions du « Moi-peau » est de servir de « pare-excitation ». Il protège l'enfant de trop fortes stimulations extérieures. Il s'agit d'une interface entre le dedans et le dehors. Ce rôle est d'abord assuré par la mère dans les premiers mois de vie. Puis, les soins corporels apportés par celle-ci, que D.W. WINNICOTT appelle « holding » (la façon dont est tenu, porté, maintenu le bébé), vont participer à l'élaboration de cette enveloppe corporelle (2,4,33). Ils correspondent à la relation première de l'enfant avec sa mère et conditionnent la façon dont l'enfant structurera ses expériences psychiques. Un « holding » insuffisant pourra, par exemple, donner un « enfant cuirassé » ; dans notre étude, il peut s'agir d'un enfant prostré ou agité, se débattant, refusant le contact physique. Le médecin peut alors s'interroger sur la relation mère-enfant et penser que cet enfant n'a pas eu un « holding » lui permettant de se constituer un « Moi-peau » efficace.

- L'image respiratoire

Pour F. DOLTO, l'image respiratoire est l'image du corps la plus archaïque; elle est pour tous un véritable cordon ombilical ; et l'air que nous respirons est notre placenta commun. Lorsque l'enfant naît, il fait face à l'angoisse de devoir remplacer sa vie fœtale et les ramifications vasculaires du placenta par l'arbre respiratoire localisé certes dans le thorax mais étendu dans l'atmosphère jusqu'à devenir le même air que nous respirons tous. C'est pourquoi cette image est une des expressions les plus pures de pulsion de mort (13,14,15).

L'examen de la cavité buccale, en provoquant par l'intrusion de l'abaisse-langue, un réflexe de blocage respiratoire doit certainement projeter l'enfant dans cette angoisse primitive.

- L'intrusion physique

Les examens des tympans et de la gorge correspondent à une forte intrusion physique des instruments dans le corps de l'enfant (otoscope, abaisse-langue) ; ils sont également intrusifs de part le regard du médecin, à quelques centimètres du visage de l'enfant (3,28). Si l'examen ORL s'impose, le médecin pourra veiller à présenter les instruments à l'enfant, à lui donner afin qu'il les manipule. Il pourra réaliser des jeux de lumière sur son corps, celui de la mère ou sur un jouet, l'examen pourra être effectué d'abord sur la mère ou la peluche. Concernant l'examen de la gorge, on comprend que l'idéal serait que l'enfant ouvre volontairement sa bouche afin d'éviter l'emploi de l'abaisse-langue, ou du moins d'éviter l'intrusion brutale, forcée de celui-ci. Il est surtout essentiel d'avertir l'enfant de l'examen à venir et non de l'effectuer par surprise.

Les résultats de l'étude ont montré que 37,6% des enfants pleurant lors du déshabillage se calment lors du premier contact physique avec le médecin et que 11,5% des enfants « N4 » ont un comportement « P5 ». On imagine aisément le rôle prépondérant de « ré-assurance » du médecin. En effet, celui qui a conscience de la peur ressentie par l'enfant lors des intrusions peut facilement adapter son comportement afin de limiter celles-ci.

4-3-6 Le déséquilibre

L'allongement fait partie des étapes les plus anxiogènes avec 62% de comportements témoignant d'une angoisse soit une hausse de 15% par rapport à l'auscultation.

T. Berry BRAZELTON (3) explique que les progrès de l'indépendance et la compréhension suscitée par l'exploration vont provoquer l'apparition de peurs chez l'enfant qui commence à marcher. La peur principale est la peur de perdre l'équilibre, surtout lorsqu'on le penche en arrière pour lui laver les cheveux ou, en ce qui nous concerne, pour l'allonger sur une table d'examen.

G. HAAG, psychiatre et psychanalyste, ainsi que les professionnels utilisant la méthode d'observation des bébés d' E. BICK expliquent qu'il y a trois manières pour l'enfant de réagir au déséquilibre afin de maintenir la continuité : s'agripper à la personne la plus proche, se raidir, s'agiter dans un mouvement ininterrompu (2).

Pour D.W. WINNICOTT, les enfants font l'expérience du déséquilibre bien avant d'être capables de se tenir debout (33) ; c'est ainsi que certaines de leurs activités les plus primitives, telles que leur façon de saisir et de s'agripper, par exemple, représentent des efforts pour conserver la sécurité qu'ils éprouvent quand leur mère les soutient. Au fur et à mesure que l'enfant apprend à se déplacer, cette sécurité n'est plus donnée par la mère mais de plus en plus par le sol.

Cette notion est fondamentale et le médecin doit se demander si l'allongement est indispensable à chaque consultation. Ne peut-il pas mener à bien l'examen sur un enfant assis sur les genoux de ses parents ? La palpation abdominale sur un enfant assis mais détendu n'est-elle pas plus riche d'informations que sur un enfant allongé mais tendu, pleurant voire se débattant ? Et, dans les cas où cette étape est indispensable, le médecin devrait veiller à rassurer l'enfant avant de l'allonger. Demander à la mère d'allonger l'enfant pourrait même permettre à celui-ci de retrouver la fonction sécurisante de sa mère, sous réserve que celle-ci ne soit pas trop angoissée par la situation.

4-3-7 L'objet transitionnel

On a observé de façon assez surprenante que les enfants venant en consultation avec un objet transitionnel n'étaient pas plus détendus que ceux venant sans ; ils manifestaient même une angoisse plus fréquente : + 30% de comportements « N » lors du déshabillage, de l'auscultation et de l'allongement ; + 25% lors de l'examen de la gorge. Peut-on trouver une explication à ce constat ? Quel est le rôle de l'objet transitionnel ? Que signifie t-il ?

D.W. WINNICOTT (33) explique qu'à un an, les nourrissons ont habituellement un ou plusieurs objets très importants pour eux. Ils sont le plus souvent mous et représentent initialement des objets partiels (entre autres le sein) puis peu à peu, ils en viennent à représenter le père ou la mère. Cet objet peut prendre une importance vitale et avoir la valeur d'un objet intermédiaire entre le self et le monde extérieur. Il est classique de voir un enfant étreindre cet objet transitionnel de façon très personnelle lors de l'endormissement ou à des moments de solitude, de tristesse, d'angoisse. Ce comportement peut persister tard dans l'enfance voire même dans la vie d'adulte. Cela fait partie du développement affectif normal.

A ce sujet, H. GANE, infirmière, explique qu'offrir un objet, tel une peluche par exemple, à un enfant qui pleure, dénote d'une certaine capacité d'empathie tandis que s'attaquer à celui qui pleure peut être compris comme la réactivation d'une émotion qui inquiète (18).

Les résultats de l'étude laissent penser que les jeunes patients amenant leur objet transitionnel sont des enfants particulièrement angoissés par la consultation et l'absence de cet objet ne ferait que majorer leur angoisse. Mais on peut également imaginer que sa présence permanente retarde le stade du développement de l'autonomie. Il serait intéressant de savoir si ces enfants gardent en permanence cet objet avec eux, même lors des situations connues, non anxiogènes, auquel cas cet objet transitionnel n'a plus ce rôle sécurisant ; on peut se demander également si c'est l'enfant qui a choisi d'emmener cet objet pour la consultation ou bien si c'est le parent qui le lui a imposé. Dans le premier cas, l'enfant anticipant une situation anxiogène pour lui, utilise l'objet transitionnel pour son but premier. Dans le deuxième cas, on se trouve certainement dans la situation du parent anxieux à l'idée que sa progéniture puisse avoir un comportement qui complique la consultation ; l'objet transitionnel qui est en possession de l'enfant lors de situations anxiogènes peut alors lui provoquer de l'anxiété alors qu'il était serein jusqu'à ce qu'on le lui impose ! Le médecin, se trouvant face à un enfant particulièrement inquiet, pourrait alors, prudemment, essayer de le détourner de son objet en lui présentant les jouets présents dans le cabinet.

4-3-8 La relation médecin / enfant / maladie

- La relation médecin / enfant

On a remarqué que plus de 75% des enfants manifestant une angoisse connaissent le médecin ; beaucoup le consultent depuis leur naissance. On ne peut donc attribuer la crainte de l'enfant au visage inconnu de l'examineur. Quelle relation s'instaure entre le médecin et son jeune patient ?

Dr J. L. LE RUN, pédopsychiatre, explique d'après ses observations, que pour le jeune enfant, l'autre ne se manifeste pas toujours sous un jour rassurant. Il peut s'agir d'un tiers séparateur (d'avec la mère notamment). Il peut devenir objet d'angoisse par la menace qu'il représente ou qu'il lui attribue, que celle-ci soit réelle ou fantasmatique. Chez le bébé, la peur de l'autre se manifeste par une angoisse de séparation qui va de la détresse à la panique et peut donner lieu à un agrippement à l'objet d'attachement (mère, père..) ou à une crise d'agitation et d'agressivité souvent interprétée comme une colère, voire un caprice par l'entourage, qui ne perçoit pas toujours la détresse et la désorganisation de l'enfant à ce moment (18).

Pour R. SPITZ, psychanalyste contemporain, la première manifestation d'angoisse est précoce (vers 6/8 mois) : il s'agit d'un moment banal du développement psychoaffectif décrit par S. FREUD : la peur de l'étranger. Il précise que ce comportement varie toutefois fortement d'un enfant à l'autre : certains baissent les yeux tandis que d'autres hurlent. L'angoisse du huitième mois ne correspond pas au souvenir qu'a l'enfant d'une expérience désagréable vécue avec l'étranger mais à la perception du visage inconnu en tant que différent de celui de sa mère (17,18).

T. Berry BRAZELTON (3) profite de l'entrée dans la salle de consultation pour observer la confiance en soi de l'enfant. L'enfant de deux ans doit surmonter les souvenirs qu'il garde des visites précédentes. Un enfant confiant va se précipiter vers le coin des jouets, comme s'il était chez lui. Il entre devant ses parents, il marche d'un pas décidé et manifeste de la curiosité envers les jouets ou objets qui se trouvent dans le cabinet. Il est donc possible à l'examineur de discriminer l'attitude d'un enfant qui se réfugie dans le jeu pour échapper à sa peur de la réalité de celle d'un enfant serein, curieux, confiant.

Pour cet auteur, l'enfant de deux ans doit prendre l'habitude du médecin. Il décrit divers moyens pour nouer avec lui une relation de confiance mutuelle, basée sur le respect. D'emblée, le jeune patient doit pouvoir choisir de s'asseoir sur une chaise, sur les genoux de ses parents ou sur la table d'examen. Si l'enfant laisse le médecin l'aider au déshabillage, une relation de confiance est déjà instaurée. Puis BRAZELTON présente les différents instruments à l'enfant, examine la peluche ou un équivalent, rassure l'enfant avant de l'examiner souvent assis sur la table d'examen ou les genoux des parents. L'enfant est félicité, c'est important, et est souvent heureux en fin d'examen d'avoir dominé son stress.

- La relation enfant / maladie

Le Dr KREISLER explique que l'enfant malade est soumis à une agression à la fois interne, par le mal physique, et extérieure, par les obligations médicales que le mal impose. Vis-à-vis de l'une et de l'autre, il est placé en situation de soumission. Le corps, au lieu d'être instrument d'autonomie et de jouissance devient lieu de souffrance, objet de dépendance et occasion de passivité (33). L'enfant y répond par des processus défensifs que l'on a évoqués plus haut.

4-3-9 Et les vaccins ?

« La peur de la consultation est liée aux souvenirs des vaccins » ; il s'agit de l'hypothèse la plus souvent formulée par les parents à qui j'ai posé la question. L'étude concerne les enfants âgés de 12 à 30 mois ; or, le calendrier vaccinal est globalement le même pour chaque enfant. De plus, dans notre étude, seuls 3 enfants, sur les 13 ayant reçu un vaccin, manifestent un mécontentement à la sortie de la salle de consultation. L'échantillon est petit mais c'est un argument supplémentaire pour penser que les vaccins ne sont pas les seuls responsables de l'éventuelle angoisse liée aux examens médicaux.

4-3-10 Dépister les pathologies

On a évoqué à quel point l'observation du comportement peut permettre au médecin l'adaptation de l'examen et l'instauration d'une relation basée sur la confiance et le respect avec le jeune patient. Mais l'analyse du comportement doit aussi pouvoir aboutir au dépistage de certaines pathologies (20,29).

Le clinicien doit être à l'affût de toutes les nuances comportementales : l'enfant excité ou trop calme, inventif ou introverti, indifférent à l'observateur ou trop familier, etc. L'analyse du comportement « apporte à la psychopathologie des données dont on ne saurait trop dire la richesse », précisent S. LEBOVICI et F.WEIL-HALPERN, auteurs de « psychopathologie du bébé » (25).

Pour D.W. WINNICOTT (33), la première année de la vie correspond au développement affectif primitif, stade où l'on peut souvent détecter et diagnostiquer des désordres affectifs. Le meilleur moment pour traiter ces troubles se place au moment de leur apparition, ou le plus tôt possible après. A un an, la plupart des nourrissons ont atteint l'état d'individu, c'est-à-dire qu'il y a eu intégration de la personnalité.

J.L. LE RUN , au sujet de la peur de l'autre, insiste sur le rôle protecteur de l'entourage, le plus souvent les parents. Une mère qui ne protège pas son enfant va

perturber son développement affectif - on l'a évoqué avec le concept de « holding » de D.W. WINNICOTT - et celui-ci va mettre en place divers moyens défensifs (2,18) :

- L'évitement sélectif et quasi-systématique de la mère par le bébé, même en situation de détresse, évitement associé à la peur et à la souffrance.
 - Le « gel » qui correspond à une immobilité complète, un gel de la posture, de la motilité, de la voix, observé dès l'âge de cinq mois lorsque l'enfant se trouve dans une situation nouvelle.
 - Ou encore, la lutte dans laquelle l'enfant s'agrippe au parent, s'agite, frappe, est coupé de la réalité et ne peut entendre les « ré-assurances » qui lui sont apportées.

La difficulté ou au contraire l'absence de difficulté rencontrée lors de l'examen d'un enfant doit faire partie de l'examen clinique lui-même et permettre de dépister un comportement normal d'une anomalie de développement. Un changement brusque et récent du comportement doit attirer l'attention du médecin. Mais un comportement « suspect » doit prudemment être surveillé avant d'orienter l'enfant vers un spécialiste. L'observation peut mettre en évidence des pathologies telles que :

- la dépression de l'enfant,
- les troubles déficitaires de l'attention,
- les troubles du comportement,
- les retards de développement,
- l'autisme infantile...

Par exemple, l'autisme est une sorte de terreur de l'autre qui s'inscrit au cœur de la pathologie. Le désordre fondamental est l'inaptitude de ces enfants à établir des relations normales avec les personnes.

4-4 Les objectifs de l'étude sont-ils atteints ?

Ce travail m'a permis de répondre à de nombreuses questions et aboutit à plusieurs constats :

- Les résultats sont en cohérence avec les étapes du développement psychologique, affectif, social et intellectuel de l'enfant.
- De plus, les observations confirment assez bien les données intuitives des médecins investigateurs et de moi-même à savoir un examen ORL souvent appréhendé par l'enfant et donc difficile à réaliser.
- Les étapes du déshabillage et de l'allongement sont également sources d'anxiété, ce qui paraissait moins évident intuitivement.
- Enfin, cette étude met en évidence que le médecin n'apparaît pas lui-même comme personnage inquiétant puisque l'enfant ne manifeste pas de crainte en le voyant ni de rancœur en le quittant ; c'est donc la situation elle-même qui est anxiogène.

V - Conclusion

Ce travail a mis en évidence que l'examen clinique pour l'enfant de 12 à 30 mois est anxiogène puisque près de 70% des enfants vont manifester une inquiétude à un moment donné de l'examen. Les étapes délicates sont les étapes intrusives pour l'enfant : le déshabillage (54,7%), l'examen des tympans (63,2%) et celui de la gorge (69,5%). L'allongement, étape de déséquilibre est la quatrième étape anxiogène (62%).

Les parents appréhendant chaque nouvelle consultation peuvent être rassurés : leur enfant n'est pas un petit diable mal élevé ; ces comportements correspondent au stade de développements psychoaffectif, social et intellectuel de l'enfant de cet âge.

Depuis une cinquantaine d'années, le bébé n'est plus considéré comme un simple tube digestif, mais comme un individu en construction ayant une vie fantasmatique très riche. Il est primordial que l'examineur s'adapte à chaque enfant, selon son âge, son histoire ; le médecin doit se permettre de moduler chaque étape de la consultation en fonction des réactions de l'enfant. Il apparaît donc comme une évidence que l'on ne peut prétendre examiner un enfant comme on examine un adulte. Ceci met en avant également l'importance de suivre un enfant dans la durée ; afin de, au fil des consultations, créer une relation solide et ainsi élaborer un modèle de consultation adapté à l'un comme à l'autre.

L'objectif du médecin est certes de rechercher au travers de l'examen clinique des signes physiques pouvant orienter son diagnostic ; mais l'observation du comportement de l'enfant - de la salle d'attente jusqu'à la sortie du cabinet - doit faire partie de la consultation. Intégrer l'observation dans l'examen clinique permet de découvrir ou redécouvrir la communication non verbale de l'enfant ; F. LAINE, pédiatre, explique que le recentrage permanent de l'attention sur l'enfant l'aide à ne pas se laisser envahir par le discours des parents par lequel nous sommes parfois happés, ce qui peut donner le sentiment à l'enfant d'être « lâché » par sa mère et le consultant. Par ailleurs, observer l'enfant, c'est apprendre à le connaître et dépister d'éventuels troubles de comportement.

Cette étude, et la discussion qui en découle, sont autant de tremplins vers des réflexions – voire d'autres études – pouvant se concentrer sur un des points évoqués en particulier et développer, voire infirmer ou confirmer les résultats . Par exemple, il serait intéressant de compléter l'étude du comportement de l'enfant par celui de l'accompagnant, celui du médecin et comparer les résultats, étudier l'environnement pendant la consultation, etc. Ces paramètres jouent très certainement un rôle non négligeable sur le comportement de l'enfant.

Les moyens que l'on peut proposer aux médecins face aux consultations d'enfants -d'autant plus si elles sont difficiles- sont les suivants :

- éviter, dans la mesure du possible, les gestes intrusifs ;
- préférer le déshabillage progressif, adapté à chaque étape de l'examen au déshabillage intégral d'emblée ;
- éviter de fixer son regard ;
- examiner l'enfant dans la mesure du possible assis sur les genoux de son parent ;
- si l'examen ORL est nécessaire, présenter les instruments ;
- dans tous les cas, ne jamais prendre l'enfant par surprise.

Pour conclure, je citerai T.Berry BRAZELTON : « si nous parvenons à établir une relation solide, bâtie sur le respect, c'est un important point fort pour nous, un bel accomplissement pour lui, et pour moi une véritable fenêtre sur le développement de l'enfant ».

ANNEXE

CONSULTATION D'ENFANT DE 12 A 30 MOIS

1- Dans la salle d'attente, l'enfant :

- joue
- est calme
- a un visage inquiet
- pleure
- est agité
- est prostré
- essaie de fuir
- s'agrippe à l'accompagnant
- autre :

2- A l'entrée dans la salle d'examen,

- il est souriant, avenant
- est calme
- a un visage inquiet
- est prostré
- pleure
- est agité
- essaie de fuir
- s'agrippe à l'accompagnant
- autre :

3- Lors de l'interrogatoire, il:

- est souriant, rieur
- joue tranquillement
- observe, écoute, est calme
- cherche à attirer l'attention du médecin
- cherche à attirer l'attention de la maman
- se promène calmement
- est indifférent, est dans son monde
- a un visage inquiet
- est prostré
- pleure
- est agité (hyperactivité motrice)
- cherche à fuir
- s'agrippe à l'accompagnant
- autre :

4 - Lors du déshabillage, l'enfant est:

- rieur, joueur
- est calme, docile
- est indifférent, joue (est dans son monde)
- a un visage inquiet
- est prostré
- pleure
- repousse la main du déshabilleur
- s'agite
- s'agrippe à l'accompagnant
- autre :

5- Lors du 1er contact physique médecin/enfant, l'enfant :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> est rieur, joueur | <input type="checkbox"/> pleure |
| <input type="checkbox"/> est calme, docile | <input type="checkbox"/> repousse la main du médecin |
| <input type="checkbox"/> est indifférent, joue (est dans son monde) | <input type="checkbox"/> s'agite |
| <input type="checkbox"/> a un visage inquiet | <input type="checkbox"/> s'agrippe à l'accompagnant |
| <input type="checkbox"/> est prostré | <input type="checkbox"/> autre : |

6- Lors de l'auscultation, l'enfant est :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> rieur, joueur | <input type="checkbox"/> pleure |
| <input type="checkbox"/> est calme, docile | <input type="checkbox"/> repousse la main du médecin |
| <input type="checkbox"/> est indifférent, joue (est dans son monde) | <input type="checkbox"/> s'agite |
| <input type="checkbox"/> a un visage inquiet | <input type="checkbox"/> s'agrippe à l'accompagnant |
| <input type="checkbox"/> est prostré | <input type="checkbox"/> autre : |
| | <input type="checkbox"/> examen non réalisé |

7- Lors de l'allongement sur la table, l'enfant :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> est rieur, joueur | <input type="checkbox"/> résiste |
| <input type="checkbox"/> est calme, docile | <input type="checkbox"/> s'agite, cherche à fuir |
| <input type="checkbox"/> est indifférent, joue (est dans son monde) | <input type="checkbox"/> s'agrippe à l'accompagnant |
| <input type="checkbox"/> a un visage inquiet | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> est prostré | <input type="checkbox"/> étape non réalisée |
| <input type="checkbox"/> pleure | |

8- Lors de l'examen des tympans, l'enfant est :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> est rieur, joueur | |
| <input type="checkbox"/> est calme, docile | <input type="checkbox"/> repousse la main du médecin |
| <input type="checkbox"/> est indifférent | <input type="checkbox"/> s'agite, se débat |
| <input type="checkbox"/> a un visage inquiet | <input type="checkbox"/> pleure |
| <input type="checkbox"/> est prostré | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> pleure | <input type="checkbox"/> examen non réalisé |

9- Lors de l'examen de la cavité buccale, l'enfant est:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> est rieur, joueur | |
| <input type="checkbox"/> est calme, docile | <input type="checkbox"/> s'agite, se débat |
| <input type="checkbox"/> est indifférent | <input type="checkbox"/> pleure |
| <input type="checkbox"/> a un visage inquiet | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> est prostré | <input type="checkbox"/> examen non réalisé |
| <input type="checkbox"/> pleure | |
| <input type="checkbox"/> repousse la main du médecin | |

10- Au terme de l'examen, quand l'enfant comprend que c'est terminé, il :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> observe, écoute, est calme | <input type="checkbox"/> pleure |
| <input type="checkbox"/> est souriant, rieur | <input type="checkbox"/> est agité |
| <input type="checkbox"/> est indifférent, est dans son monde | <input type="checkbox"/> s'agrippe à l'accompagnant |
| <input type="checkbox"/> a un visage inquiet | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> est prostré | |

11- Après le rhabillage, (délivrance de l'ordonnance) l'enfant :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> est souriant, rieur | <input type="checkbox"/> a un visage inquiet |
| <input type="checkbox"/> joue tranquillement | <input type="checkbox"/> est prostré |
| <input type="checkbox"/> observe, écoute, est calme | <input type="checkbox"/> pleure |
| <input type="checkbox"/> cherche à attirer l'attention du médecin | <input type="checkbox"/> est agité (hyperactivité motrice) |
| <input type="checkbox"/> cherche à attirer l'attention de la maman | <input type="checkbox"/> cherche à fuir |
| <input type="checkbox"/> se promène calmement | <input type="checkbox"/> s'agrippe à l'accompagnant |
| <input type="checkbox"/> est indifférent | <input type="checkbox"/> autre : |

12- A la sortie de la salle de consultation, l'enfant :

- dit « au-revoir » ou fait un signe de la main (ou bisou) au médecin
- sourit au médecin
- est indifférent au médecin (a déjà ouvert la porte ou ne manifeste rien)
- se détourne du médecin, fait la moue
- pleure
- autre :

Age : Sexe : Accompagné par :

Antécédents (kiné respi, chir, hospit, autre):

Motif de cs :

S'agit-il du médecin habituel ?

Remarques :

Chronologie de l'examen :

Objet de réassurance ?

BIBLIOGRAPHIE

1. ANZIEU Didier. *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod, 1995, 291 p.
2. AMAR Michel, BINEAU Marie-Madeleine, CHARLERY Martine *et al.*. *L'observation du bébé selon Esther Bick*. Ramonville Saint-Agne : Eres, 2004, 286 p.
3. BRAZELTON T. Berry. *Points forts, tome 1, de la naissance à 3 ans*. 3^e éd. Paris : Librairie Générale Française, 2004, 607 p.
4. BOUYER Jean. *Méthodes statistiques*. 3^e éd. Paris : ESTEM, 2000, 352 p.
5. CICCONE Albert, GAUTHIER Yvon, GOLSE Bernard, STERN Daniel. *Naissance et développement de la vie psychique*. 2^e éd. Ramonville Saint-Agne : Eres, 2003, 68 p.
6. CICCONE Albert, CRESTI-SCACCIATI Luiga, DRUON Catherine *et al.*. *L'observation du nourrisson et ses applications*. Ramonville Saint-Agne: Eres, 1998, 91 p.
7. Collège national des généralistes enseignants. *Médecine générale : concepts et pratiques*. Paris : Masson, 1996, 1025 p.
8. Collège national des généralistes enseignants. *Médecine Générale*. Paris : Ed. scientifiques L&C, 2001.
9. DAVID Myriam. *0 à 2 ans, vie affective et problèmes familiaux*. 1^e éd 1960. Paris : Dunod, 1998, 127 p.
10. DE LANNOY Jacques-D., FEYEREISEN Pierre. *Psychologie du geste*. Bruxelles : Pierre Mardaga, 1985, 364 p.
11. DE LANNOY Jacques-Dominique, FEYEREISEN Pierre. *L'éthologie humaine*. Paris : Que sais-je ?, 1987, 125 p.
12. DIATKINE René, LEOVICI Serge, SOULE Michel. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2^e éd. « quadrige ». Paris : Presses Universitaires de France, 2004, 4 vol. 730 p.
13. DOLTO Françoise, NASIO Juan-David. *L'enfant du miroir*. 2^e éd. Paris: Payot, 2002, 162 p.
14. DOLTO Françoise. *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil, 1992, 375 p.

15. DOLTO Françoise. *La cause des enfants*. 2^e éd. Paris : Robert Laffont, 1997, 465 p.
16. FAIN Michel, KREISLER Léon, SOULE Michel. *L'enfant et son corps*. 6^e éd. Paris : Presses Universitaires de France, 1996, 560 p.
17. FREUD Sigmund. *Inhibition, symptôme et angoisse*. 6^e éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2005, 88 p.
18. GANE Hélène, GOLSE Bernard, LE RUN Jean-Louis, et al. *Les premiers pas vers l'autre ou comment l'altérité vient aux bébés*. Ramonville Saint-Agne : Eres, 2003, 115 p.
19. GOLSE Bernard. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 3^e éd. Paris : Masson, 1997, 303 p.
20. GUEDENEY A., VERMILLARD M. *L'échelle ADBB: intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement du retrait relationnel du jeune enfant*. Médecine et Enfance, juin 2004, p 367-371.
21. GUEZ Jennifer. *Comportement de l'enfant au cabinet dentaire : déterminants et prise en charge*. Doctorat d'odontologie. Marseille : 2004, 83 p.
22. HARRIS WILLIAMS Meg. *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor-Plage : Editions du Hublot, 1998, 382 p.
23. ISRAEL Jacky. *Bébé pleure, « laisse-le pleurer »*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2004, 189 p.
24. LAINE F. *Intérêt de la formation à la méthode d'observation des bébés selon Esther Bick en pédiatrie ambulatoire*. Médecine et Enfance, juin 2001, p.326 – 328.
25. LEOVICI Serge et WEIL-HALPERN Françoise. *psychopathologie du bébé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989, 882 p.
26. MAMANE Yoël. *Amélioration de la relation thérapeutique par un meilleur contrôle du comportement de l'enfant*. Thèse de doctorat d'odontologie. Paris :1993.
27. MANNONI Maud. *L'enfant, « sa maladie » et les autres : le symptôme et la parole*. Paris : Editions du Seuil, 1967, 253 p.
28. MONTIEL Christophe. *La consultation du nourrisson : apport de l'éthologie à l'analyse des pleurs et des interactions non verbales*. Mémoire de recherche – stage chez le praticien, Faculté de médecine de Nantes, 2002, 33 p.
29. MOUREN Marie-Christine, *Acta psychosomatica. La dépression chez l'enfant*. Paris : Laboratoires Geigy, 1979, 160 p.

30. MOUSSY Guy. *De la relation praticien – enfant : éléments du comportement et des motivations douleur et peur chez les garçons et les filles âgés de 3 à 12 ans*. Doctorat de 3^e cycle d'odontologie. Paris. 1984, 103 p.
31. OMS, *La méthode « mère-kangourou »*. Genève : OMS, 2005, 54 p.
32. RAIMBAULT Ginette, ZYGOURIS Radmila. *L'enfant et sa maladie : psychanalyse et consultation hospitalière*. Toulouse : Privat, 1991, 186 p.
33. WINNICOTT Donald W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1983, 373 p.

NOM : ERBACHER

PRENOM : NATHALIE

Titre de Thèse: Comportement de l'enfant de deux ans en consultation de médecine générale.

RESUME

INTRODUCTION : Le comportement de l'enfant de deux ans, souvent inquiet, est une source de difficulté pour l'examen clinique et un obstacle à une relation médecin / patient de qualité basée sur la confiance et le respect de l'enfant. Le but de ce travail est de décrire le comportement de l'enfant selon le déroulement des étapes de la consultation au cabinet du généraliste.

METHODE : Cette étude exploratoire, descriptive du comportement de 95 enfants âgés de 12 à 30 mois en consultation de médecine générale s'appuie sur une observation directe précise recueillie à l'aide d'une grille détaillant les séquences de la consultation et des items comportementaux.

RESULTATS : Les résultats mettent en évidence que 70% des enfants manifestent une angoisse lors de l'examen. Les 3 étapes particulièrement anxiogènes sont le déshabillage, l'allongement et l'examen de la gorge. Le médecin n'apparaît pas comme personnage inquiétant.

CONCLUSION : L'observation permet au clinicien d'apprendre à connaître l'enfant afin d'adapter l'examen clinique à chacun mais également de dépister d'éventuelles anomalies de développement.

MOTS-CLES

Angoisse - comportement - consultation - deux ans - enfant - médecine générale - observation -
