

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2014

N°

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de MEDECINE GENERALE

Par

**Alice DUCHEMANN**

Née le 03/07/1981 à Issy-Les-Moulineaux

---

Présentée et soutenue publiquement le 2 juin 2014

**DEPISTAGE DES TROUBLES SENSORIELS DU NOURRISSON.  
ENQUETE PAR OBSERVATION DIRECTE EN MEDECINE GENERALE.**

**Président du jury: Monsieur le Professeur Rémy SENAND**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET**

**Membres du jury : Monsieur le Professeur Philippe BORDURE**

**Monsieur le Professeur Alain PECHEREAU**

# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>METHODE .....</b>	<b>8</b>
<b><u>1. PRINCIPES DE L'OBSERVATION DIRECTE .....</u></b>	<b>8</b>
<b><u>2. APPLICATION A CETTE RECHERCHE .....</u></b>	<b>8</b>
<b>2.1 METHODE GENERALE .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 SELECTION DES CONSULTATIONS ET DES PARTICIPANTS.....</b>	<b>8</b>
2.2.1 QUELLES CONSULTATIONS OBSERVER ?.....	8
2.2.2 LES PARTICIPANTS .....	9
2.2.2.1 L'OBSERVATEUR.....	9
2.2.2.2 LES MEDECINS.....	9
2.2.2.3 LES NOURRISSONS .....	9
2.2.2.4 LES ACCOMPAGNANTS .....	9
<b>2.3 ELABORATION DE LA GRILLE D'OBSERVATION.....</b>	<b>10</b>
<b><u>3. BIAIS PREVISIBLES.....</u></b>	<b>11</b>
<b>3.1 BIAIS DÛ A LA METHODE : EFFET HAWTHORNE .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 BIAIS DUS A L'OBSERVATEUR .....</b>	<b>11</b>
<b>3.3 BIAIS DÛ A LA MEDECINE GENERALE : DISPERSION DES CAS .....</b>	<b>11</b>
<b>3.4 BIAIS DUS AUX CONDITIONS MATERIELLES : RECRUTEMENT DES MEDECINS</b>	
<b>ET TAILLE DE L'ECHANTILLON.....</b>	<b>11</b>
<b><u>4. EN PRATIQUE .....</u></b>	<b>11</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>13</b>
<b><u>1. PRESENTATION GENERALE .....</u></b>	<b>13</b>
<b><u>2. CONSULTATIONS PAR AGE .....</u></b>	<b>15</b>
<b>1 MOIS – RESULTAT 13.....</b>	<b>16</b>
<b>1 MOIS – RESULTAT 15.....</b>	<b>17</b>
<b>1 MOIS – RESULTAT 17.....</b>	<b>19</b>
<b>2 MOIS – RESULTAT 4.....</b>	<b>21</b>
<b>2 MOIS – RESULTAT 6.....</b>	<b>22</b>
<b>2 MOIS – RESULTAT 18.....</b>	<b>24</b>
<b>2 MOIS – RESULTAT 30.....</b>	<b>26</b>
<b>3 MOIS – RESULTAT 7.....</b>	<b>28</b>
<b>3 MOIS – RESULTAT 20.....</b>	<b>29</b>

3 MOIS – RESULTAT 25.....	31
3 MOIS – RESULTAT 26.....	33
4 MOIS – RESULTAT 29.....	34
4 MOIS – RESULTAT 32.....	37
5 MOIS – RESULTAT 10.....	39
5 MOIS – RESULTAT 19.....	41
7 MOIS – RESULTAT 8.....	43
9 MOIS – RESULTAT 1.....	44
9 MOIS – RESULTAT 2.....	47
9 MOIS – RESULTAT 12.....	49
9 MOIS – RESULTAT 14.....	50
12 MOIS – RESULTAT 9.....	52
12 MOIS – RESULTAT 11.....	54
12 MOIS – RESULTAT 27.....	56
12 MOIS – RESULTAT 16.....	58
14 MOIS – RESULTAT 28.....	60
17 MOIS – RESULTAT 22.....	62
18 MOIS – RESULTAT 21.....	63
19 MOIS – RESULTAT 3.....	65
24 MOIS – RESULTAT 23.....	67
24 MOIS – RESULTAT 31.....	69
24 MOIS – RESULTAT 24.....	71
24 MOIS – RESULTAT 5.....	73
<b>3. ANALYSE QUANTITATIVE EXPLORATOIRE .....</b>	<b>75</b>
3.1 VISION .....	75
3.2 AUDITION .....	77
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>80</b>
1. <u>METHODE CHOISIE</u> .....	80
2. <u>RESULTATS</u> .....	81
2.1 EXAMEN VISUEL.....	81
2.1.1 UNE PREOCCUPATION FREQUENTE .....	81
2.1.2 LES FACTEURS DE RISQUE .....	81
2.1.3 L’INTERROGATOIRE .....	82
2.1.4 UN EXAMEN TRES VARIABLE .....	82
2.2 EXAMEN AUDITIF .....	83
2.2.1 UNE PREOCCUPATION FREQUENTE .....	83
2.2.2 L’INTERROGATOIRE .....	83

2.2.3 ELEMENTS APPORTES SPONTANEMENT .....	84
2.2.4 TESTS.....	84
<b>2.3 A QUEL MOMENT ? .....</b>	<b>84</b>
<b>2.4 L'IMPORTANCE DU CARNET DE SANTE .....</b>	<b>85</b>
<b>2.5 DIFFICULTES DE L'EXAMEN .....</b>	<b>85</b>
2.5.1 DUREE DE CONSULTATION .....	85
2.5.2 COOPERATION DU NOURRISSON .....	86
2.5.3 CONDITIONS MATERIELLES .....	86
2.5.4 ACTES SUPPLEMENTAIRES .....	86
2.5.5 PATHOLOGIES INTERCURRENTES .....	86
2.5.6 LES ACCOMPAGNANTS .....	86
2.5.7 DIFFICULTES DE L'EXAMEN CLINIQUE .....	86
<b>3. <u>ELEMENTS APPORTES SPECIFIQUEMENT PAR L'OBSERVATION DIRECTE</u> .....</b>	<b>87</b>
<b>3.1 OBSERVATION DU COMPORTEMENT SPONTANE DU NOURRISSON</b>	
<b>ET DES ACCOMPAGNANTS.....</b>	<b>87</b>
<b>3.2 MISE EN CONFIANCE DU NOURRISSON .....</b>	<b>87</b>
<b>3.3 PERSONNALISATION DU CABINET .....</b>	<b>88</b>
3.3.1 CONFORT DU NOURRISSON ET OBSERVATION DE SON COMPORTEMENT .....	88
3.3.2 DISPOSITION DU CABINET .....	88
3.3.3 OUTILS PERSONNALISES .....	88
<b>3.4 PROFILS DE MEDECINS .....</b>	<b>89</b>
3.4.1 LE TESTEUR RIGOUREUX .....	89
3.4.2 CELUI QUI EST PLUS ATTENTIF A UN THEME .....	89
3.4.3 CELUI QUI FAIT CONFIANCE AUX PARENTS .....	90
3.4.4 CEUX QUI FONT PLUS CONFIANCE AUX PARENTS QU'A LEURS TESTS.....	90
3.4.5 CEUX QUI SE RAPPROCHENT D'UN EXAMEN COMPLET RIGOUREUX .....	90
3.4.6 EVALUATION GLOBALE, SIGNAL D'ALARME .....	90
<b>4. <u>PERSPECTIVES</u> .....</b>	<b>91</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXE 1 .....</b>	<b>98</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>101</b>

## ABREVIATIONS

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**ATT** : Aérateur Trans-Tympanique

**BIAP** : Bureau International d'Audio Phonologie

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire

**DREES** : direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HID** : Handicaps-Incapacités-Dépendances

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche médicale.

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologiste

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**O-I** : Orientation Investigation

**R** : Résultat

**SFP** : Société Française de Pédiatrie

## INTRODUCTION

Une des missions du médecin généraliste (partagée avec les médecins de PMI et les pédiatres) est le suivi du développement du nourrisson et de l'enfant, notamment lors des 20 examens obligatoires entre 0 et 6 ans.<sup>1,2,3</sup>

Selon la théorie de la plasticité cérébrale, à cet âge, le développement du cerveau, l'organisation et les connexions entre neurones se font en fonction des expériences vécues par l'organisme. Il existe une période critique (ou sensible) après laquelle cette plasticité diminue avec pour conséquence, s'il y a absence de stimulation, des troubles fonctionnels qui peuvent s'installer de façon irréversible.<sup>4,5,6,7</sup>

La vision et l'audition sont deux sens qui jouent un rôle important dans le développement de l'enfant : sociabilité, langage, motricité fine, repères dans le temps et l'espace, équilibre...

L'altération de ces sens peut engendrer des anomalies importantes susceptibles de conduire à un handicap.<sup>4, 8, 9, 10, 11</sup>

L'objectif des consultations dédiées au dépistage est de repérer au plus tôt les troubles visuels et auditifs pour permettre une prise en charge avant la fin de la période critique.<sup>6,7,11, 12 à 14</sup>

On estime, selon les sources en France, que 10 à 15% des enfants en âge scolaire présenteraient une anomalie visuelle.<sup>5,6,7</sup>

Parmi ces anomalies, on trouve les amétropies (défaut de réfraction) et les strabismes qui, s'ils ne sont pas dépistés précocement, peuvent constituer des amblyopies fonctionnelles (cécité d'un œil sans cause organique sous-jacente). D'autres pathologies graves doivent également être dépistées car elles constituent de véritables urgences (rétinoblastome, glaucome congénital, cataracte...).<sup>12, 13, 16 à 28</sup>

Concernant l'audition, si 1 enfant sur mille naît sourd profond, d'autres causes de surdité ne se révèlent que plus tardivement. Il est donc nécessaire de les dépister le plus tôt et le plus régulièrement possible afin de ne pas altérer la mise en place du langage.<sup>4,7, 14, 29 à 32</sup>

En l'absence de dépistage néonatal de la surdité, l'âge moyen de diagnostic était compris entre 12.5 et 36 mois avec une relation inverse entre le degré de déficience auditive et l'âge de la détection.<sup>(4, 32, 35, 46,47)</sup> Il existe donc un retard diagnostique qu'il faudrait réduire.

Il existe aussi un cadre législatif pour les dépistages des troubles visuels et auditifs : le carnet de santé et les certificats obligatoires des huitième jour, neuvième et vingt-quatrième mois.<sup>1, 2, 3, 15</sup>

Plusieurs études et thèses ont montré que les dépistages n'étaient pas faits par une grande partie des médecins généralistes de façon systématique, qu'ils étaient souvent incomplets et que le doute parental jouait un rôle important dans le dépistage et le diagnostic des troubles sensoriels.<sup>34, 36 à 45, 58</sup>

Pendant la formation, l'expérience des stages pratiques en cabinet de médecine générale avait permis à l'auteure de construire quelques idées de départ :

- Le dépistage sensoriel est intégré par le médecin généraliste dans une appréciation globale du développement de l'enfant.
- Le dépistage sensoriel n'est pas une préoccupation majeure des parents.
- Le contexte de soins primaires rassemble des conditions hétérogènes pour un dépistage systématique et formalisé des troubles sensoriels :
  - à la fois favorables (connaissance des antécédents, du milieu de vie, répétition des contacts)
  - ou défavorables : médecine à l'acte, rythme des consultations, médecine orientée sur la pathologie aiguë ou le suivi des maladies chroniques, manque de temps : trop de thèmes à aborder lors de cette consultation par rapport à la durée de consultation, demande d'actes supplémentaires, manque de coopération de l'enfant ou des accompagnants, oubli du médecin, fatigue (moment de la journée, nombre de consultations précédentes), matériel ou conditions d'examen inadaptés.

A partir de ces données, et tournant le dos à un travail d'évaluation des pratiques, une perspective compréhensive, qualitative, a été choisie : elle visait à décrire, au plus près de la réalité, les procédures de dépistage sensoriel chez les jeunes enfants en médecine générale, pour contribuer à comprendre la place de ces dépistages, les priorités et les processus à l'œuvre chez les praticiens contraints par le contexte de soin primaire.

#### **OBJECTIFS :**

**Cette étude exploratoire a pour but de décrire, grâce à une observation directe, les consultations de suivi du nourrisson, pour recueillir les thèmes abordés, repérer ce qui concerne les fonctions sensorielles, décrire les procédures de dépistage sensoriel (par l'interrogatoire et l'examen physique) et saisir l'implication des parents et du médecin dans ces dépistages.**

# METHODE

## 1. PRINCIPES DE L'OBSERVATION DIRECTE <sup>48,49,50</sup>

Le principe est d'observer un évènement, dans ses conditions réelles, par une personne «extérieure» (qui n'intervient pas dans l'évènement).

L'observation peut se faire avec ou sans support. Celui-ci peut être un carnet pour une prise de notes rapide (et la plus discrète possible), le remplissage d'une grille d'observation, un enregistrement par microphone ou caméra vidéo.

Suite à l'observation, on retranscrit l'évènement le plus tôt possible, en notant le maximum de détails.

Dans un troisième temps, qui peut commencer dès la retranscription, on procède à l'analyse des résultats par rapprochement entre les différentes observations.

## 2. APPLICATION A CETTE RECHERCHE

### 2.1 METHODE GENERALE

Le principe est d'observer une consultation médicale dans ses conditions réelles (lieu, temps, participants, motif de consultation) par un observateur extérieur qui n'intervient pas.

Dans ce travail, il s'agissait de consultations de suivi du nourrisson chez des médecins généralistes qui ont été observées par une seule observatrice.

Il était nécessaire d'avoir la confiance des médecins et des patients pour, d'une part, qu'ils acceptent la présence de l'observatrice et d'autre part, qu'ils soient les plus naturels possibles. C'est pourquoi le remplissage d'une grille préétablie a été choisi comme support à l'observation, plutôt que l'enregistrement de la consultation car cela paraissait trop intrusif. Cette grille a été complétée par une prise de notes pour les éléments les plus importants afin d'avoir le plus de précision possible, par exemple, pour les termes utilisés dans les questions posées sur l'audition et la vision.

### 2.2 SELECTION DES CONSULTATIONS ET DES PARTICIPANTS

#### 2.2.1 QUELLES CONSULTATIONS OBSERVER ?

Il a été décidé de sélectionner les consultations des nourrissons de la naissance à l'examen du vingt-quatrième mois, uniquement dans le cadre du suivi obligatoire.

En effet, durant cette période, beaucoup de nourrissons sont suivis par leur médecin généraliste. Ce suivi comporte des examens obligatoires, remboursés à 100% par l'assurance maladie, dont le but est bien de surveiller le développement du nourrisson et de dépister d'éventuelles anomalies. Il comporte un examen par mois pendant six mois puis un examen au neuvième mois, un examen à un an, deux examens la deuxième année et un examen au cours du vingt-quatrième mois. Lors des examens du huitième jour, du neuvième mois et du vingt-quatrième mois, un certificat destiné à la PMI doit être rempli.<sup>1,2,3</sup>

Le carnet de santé insiste, à certains âges, sur le dépistage des troubles sensoriels.<sup>1, 15</sup>

Après l'examen du vingt-quatrième mois, le suivi semblait différent car les parents paraissaient consulter à l'occasion d'épisodes aigus (infectieux..), ce qui ne permettait pas d'avoir des conditions optimales pour un dépistage. A trois ans, la plupart des enfants entrent en maternelle et bénéficient du dépistage par la PMI.

L'idée était aussi de dépister les anomalies visuelles et auditives le plus tôt possible. De plus, après l'âge de deux ans, les anomalies de l'audition se repèrent plus facilement en raison d'un retard à l'acquisition du langage ; le dépistage porte alors plus sur le langage que sur l'audition.

## 2.2.2 LES PARTICIPANTS

### 2.2.2.1 L'OBSERVATEUR

L'auteure a été la seule observatrice pour toutes les consultations.

L'avantage, en tant que remplaçante en médecine générale, était une meilleure compréhension de ce qui se passait. Le remplissage des grilles et la retranscription des consultations se sont faits de la même façon alors que plusieurs observateurs auraient pu être attentifs à des détails différents lors de la consultation, en fonction de leur propre expérience.

### 2.2.2.2 LES MEDECINS

Il s'agissait de médecins généralistes exerçant en cabinet libéral.

Pour des raisons matérielles (de temps et de déplacement), la sélection des médecins généralistes a été faite en fonction de leur ville d'exercice (préférentiellement Nantes et ses alentours puis d'autres villes facilement accessibles par l'observatrice).

### 2.2.2.3 LES NOURRISSONS

Il a été choisi de sélectionner les nourrissons de la naissance à l'examen du vingt-quatrième mois, uniquement dans le cadre du suivi obligatoire, sachant que cette dernière consultation pouvait être faite avec un peu de retard.

### 2.2.2.4 LES ACCOMPAGNANTS

Il s'agit de toute personne accompagnant le nourrisson. L'accord d'un des deux parents était sollicité par le médecin avant la consultation pour participer à la recherche.

## 2.3 ELABORATION DE LA GRILLE D'OBSERVATION

Après une mise à jour des connaissances concernant les troubles auditifs<sup>29, 30, 31, 51 à 57</sup> et visuels<sup>5,6,12,17à 27</sup> et les examens de dépistages réalisables en médecine générale, il a été sélectionné les principales questions et tests qui pouvaient être posées dans le cadre de ce dépistage, en se basant essentiellement sur le carnet de santé<sup>1,15</sup>, sur le guide HAS de 2005<sup>7</sup> (propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans) et sur les recommandations de la société française de pédiatrie<sup>16, 30</sup>.

La grille comportait deux grandes parties (annexe 1) :

**La première partie** concernait les éléments administratifs ou les variables qui ont paru intéressantes pour l'analyse. Cette partie se remplissait avant et après la consultation.

**La deuxième partie** suivait le déroulement de la consultation avec :

- La première question posée et le premier thème abordé
- Les thèmes généraux qui pouvaient être abordés lors de l'examen (par des questions ou par l'examen physique lui-même). Ce déroulement se présentait sous forme de tableau, en précisant, à chaque fois, à quel moment de la consultation le thème était abordé et par qui (le médecin ou les accompagnants). Les thèmes ont été numérotés dans l'ordre chronologique d'apparition au cours de la consultation afin de faciliter la retranscription de l'observation.

La consultation a été divisée en trois temps :

- Le premier, de l'entrée des parents jusqu'au passage à la table d'examen. Ce moment se passait donc essentiellement autour du bureau du médecin.
- Le deuxième temps, pendant l'examen physique sur la table (et parfois dans les bras de l'accompagnant), jusqu'à ce que le médecin revienne à son bureau pour conclure la consultation (à partir du moment où l'accompagnant rhabillait le nourrisson).
- Le dernier temps pendant lequel le médecin remplissait le dossier, le carnet et les ordonnances, jusqu'à la sortie.

- Les éléments concernant le dépistage sensoriel avec **l'interrogatoire** et les **éléments de l'examen physique**.

Selon l'âge du nourrisson, certaines questions n'étaient pas adaptées mais le but était d'avoir une seule grille pour toutes les consultations, suffisamment simple pour être remplie en temps réel. Le terme « occlusion alternée » faisait référence au test de l'écran unilatéral et au test de l'écran alterné de près.

Plusieurs espaces libres ont été laissés pour noter précisément les questions posées et pour ajouter des thèmes qui n'étaient pas répertoriés.

Pour chaque examen de dépistage, il a été précisé si l'examen était interprétable ou non et si le médecin souhaitait le différer.

### **3. BIAIS PREVISIBLES**

#### **3.1 BIAIS DÛ A LA METHODE : L'EFFET HAWTHORNE<sup>48</sup>**

Quand une personne se sent observée, elle peut changer de comportement, de façon positive ou négative. Pour limiter cet effet, les médecins, les parents et les nourrissons (!) n'ont pas été informés précisément du sujet de la recherche. Ce travail a été présenté comme une observation des consultations de suivi du nourrisson, sans préciser l'intérêt pour l'évaluation de la vision et de l'audition.

#### **3.2 BIAIS DUS A L'OBSERVATEUR**

Les observations ont été réalisées par une seule personne ce qui laisserait penser que ce travail reflète une certaine subjectivité. Cependant, chaque consultation a été observée avec une grille préétablie et dans le souci de se rapprocher au plus près de la réalité de la consultation. En multipliant les observateurs, il est possible que la retranscription des consultations aurait varié.

#### **3.3 BIAIS DÛ A LA MEDECINE GENERALE : DISPERSION DES CAS**

La patientèle d'un médecin généraliste regroupe un large éventail d'âges. Le nombre de nourrissons suivi par médecin n'en représente qu'une petite partie, d'où une difficulté de recrutement des consultations.

#### **3.4 BIAIS DUS AUX CONDITIONS MATERIELLES : RECRUTEMENT DES MEDECINS ET TAILLE DE L'ECHANTILLON**

Il s'agit d'une enquête qualitative dont le but n'est pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population médicale mais de décrire et d'essayer de comprendre la plus grande diversité de comportements.

### **4. EN PRATIQUE**

Les médecins généralistes ont été sélectionnés de façon aléatoire à partir de la liste des pages jaunes. Le premier contact téléphonique se faisait souvent avec la secrétaire qui, soit, transmettait un message au médecin avec les coordonnées de l'observatrice, soit demandait d'envoyer un courrier postal, soit dirigeait directement l'appel vers le médecin.

Les motifs de refus invoqués ont été : le manque de temps, la difficulté à prévoir à l'avance le motif de consultation des patients (difficulté à identifier les consultations de suivi), le manque de nourrissons suivis (plusieurs médecins ont conseillé de se rapprocher de la PMI car ils avaient l'impression que les patients consultaient là-bas depuis quelques années).

Les médecins qui acceptaient de participer rappelaient lorsqu'une consultation de suivi s'organisait, après avoir demandé l'accord d'un des deux parents (en général, l'accompagnant).

L'observatrice entrait dans la salle de consultation en même temps que les patients. Le médecin la présentait comme une étudiante préparant sa thèse. Parfois, elle s'était déjà présentée directement aux patients quand elle patientait avec eux dans la salle d'attente, sans toutefois dévoiler le sujet de la recherche et en évitant de poursuivre la conversation pour ne pas d'obtenir des informations en dehors de la consultation.

Dans la salle de consultation, elle s'installait dans un endroit discret et le plus « neutre » possible tout en se positionnant pour voir ce que faisait le médecin. En général, elle s'asseyait sur le côté, entre le médecin et les patients, en évitant de les regarder avec insistance pour ne pas les perturber. Souvent, elle devait se déplacer lorsqu'ils allaient vers la table d'examen pour mieux les observer.

Suite à la consultation, après le départ des patients, quelques questions étaient posées au médecin. Concernant la profession des parents, il a été noté la réponse spontanée du médecin (donc l'idée qu'il avait de leurs professions) avant qu'il ne vérifie dans le dossier.

Enfin, à partir des grilles d'observations, les consultations ont été retranscrites en essayant de bien les détailler. Pour plus de clarté, il a été choisi de parler du médecin et du nourrisson au masculin, l'accompagnant étant souvent la mère.

Les propos exacts recueillis ont été écrits entre guillemets. Lorsque la discussion se poursuivait sans que cela ait un intérêt direct pour la recherche, ce symbole a été utilisé : (...)

Il a été décidé de ne pas parler du « passage » de la carte vitale ni du règlement de la consultation à la fin de celle-ci.

Une relecture des observations brutes a été réalisée, plus concentrée sur le dépistage des troubles visuels et auditifs ; en attribuant du sens aux actions des protagonistes, argumenté par le contexte, par le déroulement des événements et par ce que savait l'observatrice de chaque intervenant.

Une interprétation synthétique de chaque observation a été proposée.

# RESULTATS

## 1. PRESENTATION GENERALE

34 observations ont été réalisées (entre juin et octobre 2012) mais seules 32 ont été retenues. Pour une des consultations, le motif n'était pas le suivi obligatoire du nourrisson ; pour la deuxième, la première partie de la consultation manquait ce qui entraînait une perte de données.

On retient donc **32 consultations** chez **22 médecins** différents dont **6 hommes**.

L'âge des médecins est compris entre 31 et 62 ans.

**9 médecins sur 22 sont maîtres de stage** (du premier au troisième niveau).

Un médecin exerce dans une ville de moins de 3000 habitants, 11 médecins se trouvent dans des villes de 4000 à 6000 habitants. Les autres médecins exercent dans différents quartiers de Nantes.

Chez les nourrissons, on trouve **18 filles et 14 garçons**, répartis comme suit :

Examen	Nombre
Premier mois	3
Deuxième mois	4
Troisième mois	4
Quatrième mois	2
Cinquième mois	2
Sixième mois	0
(Septième mois)	1
Neuvième mois	4
Un an	4 (dont un à 13 mois)
Entre 12 et 24 mois	4 (à 14, 17, 18 et 19 mois)
Deux ans	4 (entre 23 mois et 25 mois et 25 jours)

Nous avons pris en compte une consultation au septième mois car la mère consultait bien pour une visite de suivi du nourrisson avec vaccinations.

**Dans 28 cas sur 32, l'accompagnant est la mère** (dont deux accompagnées d'autres enfants).

**Dans un cas, il s'agit du père et dans 3 cas, du couple parental.**

La durée de consultation est comprise entre **15 et 40 minutes avec une moyenne de 26 minutes**.

Le tableau suivant récapitule les différentes observations en fonction des médecins.

Les médecins sont caractérisés par leur sexe, leur âge, leur année d'exercice, s'ils sont maîtres de stage ou non et le pourcentage de leurs consultations qui concerne les moins de 16 ans.

On trouve ensuite le numéro de l'observation, le sexe du nourrisson, son âge, son ou ses accompagnants, le nombre de consultations précédant celle du nourrisson et la durée de la consultation en minutes.

Médecin	sexe	âge	année	MDS	< 16 ans	N°	sexe	âge	Acc	Cs	D(min)
Med 1	F	31	2007	Ext	46%	1	F	9M+26j	Mère	1V+3C	30
						2	G	9M+8j	Mère	1V+16C	35
Med 2	H	32	2008	Non	29,7%	3	G	19M+1j	Mère	2V+23C	30
Med 3	F	49	1989	Ext	21.12%	4	G	2M+3j	Mère	10C	40
Med 4	H	53	1989	Ext/ Int	26.92%	5	G	25M+25j	M+S	2 C	30
						10	F	5M	M+P	21 C	40
Med 5	F	40	2000	Non	?	6	F	1M+25j	Mère	6 C	27
Med 6	H	53	1985	Int	26.67%	7	F	3M	Mère	8 C	20
						12	F	9M+3j	Mère	12 C	25
						15	F	28j	Mère	18 C	25
Med 7	F	50	1995	Ext	28.73%	8	G	7M+5j	Mère	10 C	30
Med 8	F	46	1994	Non	23%	9	G	12M+10j	Mère	3C	22
Med 9	F	36	2005	Non	30.18%	11	F	12M+11j	Mère	5 C	20
Med 10	F	37	2004	Non	?	13	G	1M+8j	Mère	1 C	20
Med 11	H	32	2008	Non	?	14	G	9M+13j	Mère	5 C	27
Med 12	F	41	1997	Non	?	16	F	13M	Mère	44 C	20
Med 13	F	48	1992	Non	?	17	G	1M	Mère	12 C	35
Med 14	F	62	1982	Non	?	18	G	2M+1j	M+P	16 C	20
Med 15	H	45	1997	Int	21.8%	19	F	5M	Mère	7 C	23
Med 16	H	31	2008	Ext	?	20	F	2M+28j	Mère	12 C	17
						21	G	18M	M+S+F	17C	15
Med 17	F	53	1987	Non	?	22	G	17M	Mère	7 C	17
Med 18	F	45	1997	Non	?	23	F	23M+14j	Père	2 C	27
Med 19	F	40	2001	Non	?	24	F	25 M	Mère	4C	18
						25	F	3M+7j	Mère	15 C	25
Med 20	F	37	2001	Non	23.65%	26	F	3M	Mère	14 C	25
						27	G	12M	Mère	13 C	16
						28	F	14M	Mère	16 C	25
Med 21	F	60	1983	SP	?	29	F	4 M+4js	Mère	5 C	35
Med 22	F	33	2006	SP+ext	31.25%	30	G	2M+2js	Mère	6 C	34
						31	F	23M	Mère	11 C	30
						32	F	4M+20js	M + P	10 C	30

Légende :

F : femme/ fille ; H : homme, G : garçon.

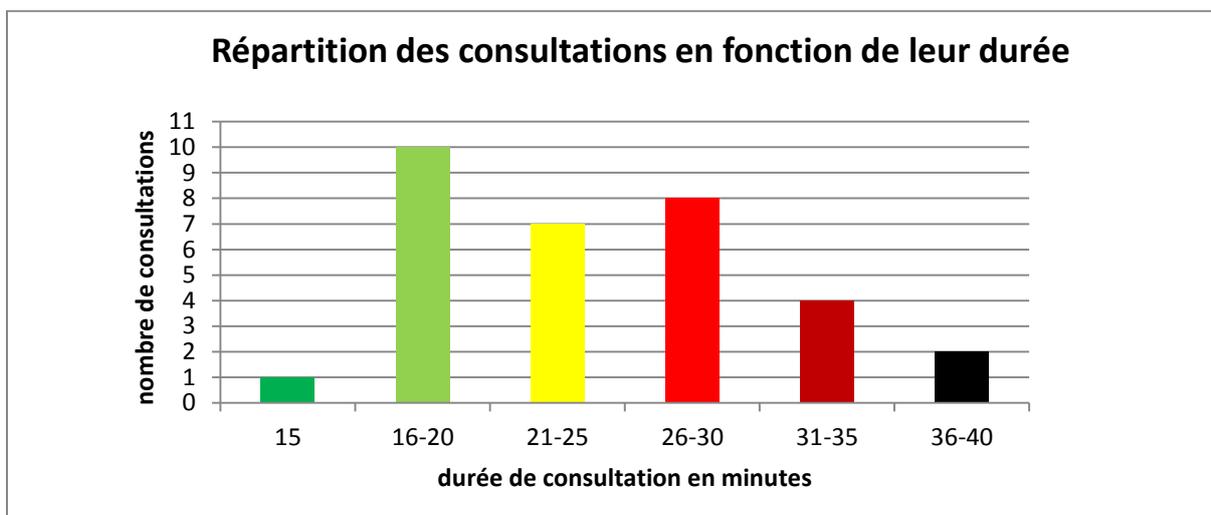
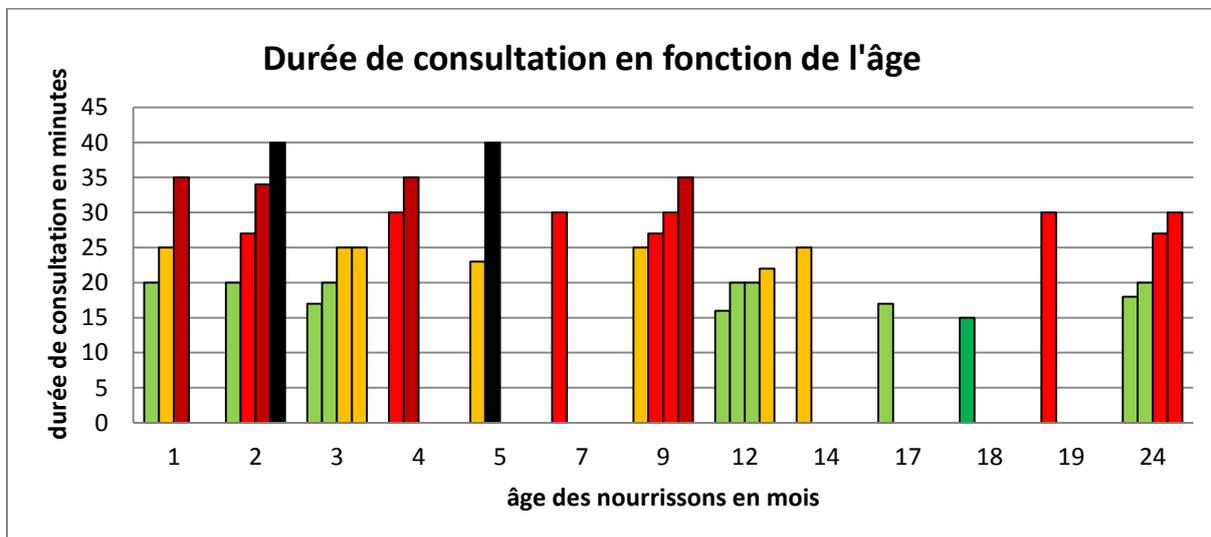
Ext : externes (étudiant en deuxième cycle) ; Int : interne ; SP : interne en SASPAS

M : mois ; j : jours.

M+S : mère et sœur ; M+S+F : mère accompagnée de la sœur et du frère du patient.

M+P : mère et père

C : consultation ; V : visite



3% des consultations durent moins de 16 minutes, 31 % de 16 à 20 minutes, 21.8% de 21 à 25 minutes, 25% de 26 à 30 minutes, 12.5% de 31 à 35 minutes et 6.2% de 36 à 40 minutes.

## 2. CONSULTATIONS PAR AGE

Les observations ont été classées en fonction des âges des examens obligatoires du nourrisson par ordre croissant.

## 1 MOIS - RESULTAT 13.

Le nourrisson est un garçon de 1 mois et 8 jours, accompagné de sa mère, aide-soignante. Le père n'est pas connu du médecin.

### DEROULEMENT

La consultation débute en fait par la vérification des vaccinations de la mère (grâce au carnet de santé). Le praticien s'inscrit ainsi dans le rôle du médecin de famille et dans la prévention du nourrisson par la vaccination de l'entourage.

Il réceptionne ensuite le carnet de santé de l'enfant puis pose une question ouverte : « alors, comment il va ? » ce qui permet à la mère de s'exprimer pleinement.

Dans cette observation, nous voyons que la mère est surtout préoccupée par l'alimentation, la digestion du bébé et ses pleurs. Elle en parle longuement du début à la fin de la consultation. De plus, elle se réfère toujours à sa première expérience de mère, en comparant son nourrisson au premier enfant, qui « tétait vite et faisait un rot ensuite » ; qui était plus grand (« c'est pas beaucoup 53 centimètres, « N » avait pris plus. »). En fin de consultation, le médecin anticipe cette comparaison en précisant que le schéma de vaccination a changé : « Y'en a moins. »

La mère semble « débordée » (par les « problèmes » de son fils) et très fatiguée. L'âge de celui-ci correspond à une période critique où il faut évoquer la dépression du post-partum : « c'est une catastrophe ! Il pleure, il pleure, il pleure... J'ai fait une gaffe, (...), j'ai voulu changé, il a pleuré et a eu la diarrhée. ». Le nourrisson « ne fait pas ses nuits » ; elle n'arrive pas à dormir en même temps que lui en début de nuit... Le médecin aborde le problème en fin de consultation (« vous vous sentez fatiguée ? ») et évoque le père comme soutien possible : « le père est bientôt en vacances ? Il prend le relais ? ». On note cependant qu'il ne le connaît pas personnellement.

Alors que la mère parle de l'alimentation, le médecin essaie « d'avancer » dans l'examen clinique. Il évoque la dernière consultation puis pose les questions du carnet de santé dont celle sur **la réaction au bruit, sans plus de précision (« il réagit bien au bruit ? »).** **Il demande aussi si l'enfant sourit.**

En début d'examen physique, juste après la fontanelle, **le médecin inspecte les yeux avec une lumière (étude des réflexes photomoteurs puis des reflets cornéens, du réflexe de fixation et de la poursuite oculaire).** **Il constate : « il a les reflets à peine centrés »** mais on ne sait pas si cela est informatif pour la mère. Il cherche ensuite **les antécédents familiaux de troubles visuels (« Il y a des problèmes de vue dans la famille ? »).** **La mère répond, en faisant un geste : « ma belle-mère, elle a un œil qui part » puis ajoute « et « N » (le frère) a des lunettes. »**

La recherche des antécédents visuels engendre logiquement celle **des antécédents auditifs** sans toutefois beaucoup de précision (**« et pour l'audition ? »**) ; ce à quoi la mère répond : **« « N » a eu des diabolos ».**

Puis le médecin demande si le nourrisson a vu l'ostéopathe : cela a-t-il, pour lui, un lien avec la vue et l'audition ? Le bébé a bien été examiné.

Il poursuit ensuite son examen appareil par appareil avec notamment la manœuvre du tiré assis et la marche automatique. Les mesures sont prises et les courbes de croissance réalisées en fin de consultation.

La fin de la consultation voit la reprise des premiers thèmes, l'évocation des vaccinations et de la dépression du post-partum. On note que la mère pose une question sur la piscine.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe de la vision en questionnant sur le sourire et en examinant les yeux mais réalise une sorte de dépistage « à l'envers » : c'est lorsqu'il a un doute sur un strabisme qu'il interroge sur les antécédents familiaux de troubles visuels, bien qu'il s'agisse de deux raisons de demander un examen ophtalmologique. De plus, on ne connaît pas la cause et le degré de correction des troubles visuels du frère.

Ici, l'étude de la poursuite oculaire n'est pas indispensable compte tenu de l'âge du nourrisson.

Le médecin évoque l'audition par une simple question sur la réaction au bruit et par la recherche d'antécédents familiaux.

On remarque que la mère (bien qu'ayant une profession proche du milieu médical) ne connaît pas ou ne se rappelle plus du terme « strabisme ».

En fait, il s'agit d'une consultation du premier mois où la mère semble « débordée » et surtout préoccupée par l'alimentation, le transit et les pleurs du nourrisson. Elle ne semble pas disponible à s'intéresser à autre chose. Cependant, on note qu'elle a déjà emmené son nourrisson chez l'ostéopathe : il serait intéressant de savoir si consulter un ophtalmologiste ou un ORL est aussi évident pour elle.

Le nourrisson, contrairement aux inquiétudes de sa mère, reste calme et « coopère » pendant toute la consultation.

---

## **1 MOIS - RESULTAT 15.**

Le nourrisson est une fille de 28 jours, accompagnée de sa mère qui « travaille dans les rayons d'un supermarché ». La profession du père n'est pas connue.

### **DEROULEMENT**

Il s'agit cette fois-ci d'un nouveau-né que le médecin voit pour la première fois. Il demande d'abord la carte vitale et le carnet de santé (de façon assez directive) puis pose une question générale, « alors, elle va bien ? » ; qui n'entraîne qu'une réponse affirmative de la part de la mère.

Le médecin recherche ensuite **les conditions d'accouchement** (ce qui peut influencer le développement de la vision et de l'audition). Il lit ensuite le compte - rendu reçu de l'hôpital : la communication entre maternité et médecin généraliste semble avoir bien fonctionné mais est, en fait, incomplète (comme nous le verrons plus tard). La mère semble avoir souffert pendant l'accouchement, qui s'est cependant « bien passé » du point de vue médical. C'est ici le médecin qui fait référence au premier accouchement.

Il questionne ensuite sur l'alimentation, thème qui semble le préoccuper puisqu'il en parlera à quatre reprises : « alors, elle boit quoi comme lait ? » puis « elle est goulue ? » (après que le nourrisson ait été déshabillé) ; « elle tète vite ? » (lorsqu'il palpe l'abdomen et questionne sur le transit) et enfin juste avant de peser le bébé. Cette répétition de questions qui semblent redondantes est peut-être un signe de fatigue puisque nous sommes en fin de journée après 18 consultations. On note que la mère donne un lait hypoallergénique en raison de ses propres allergies. Ce jour-là, elle s'inquiète de savoir comment habiller l'enfant.

Le praticien ausculte cœur et poumons puis **prend l'otoscope pour inspecter les yeux : d'abord fixement (recherche d'une fixation, étude des reflets cornéens) puis il recherche une poursuite oculaire en balayant le faisceau de droite à gauche mais le nourrisson tourne la tête et n'ouvre pas bien les yeux** (on vient juste de le réveiller). Le médecin constate alors « **c'est difficile** »... Il trouve finalement un strabisme qu'il annonce avec précaution, afin de ne pas trop inquiéter la mère : « **bon, c'est fréquent à cet âge-là mais elle a un strabisme** ». **Il recherche ensuite les antécédents paternels de troubles de la réfraction : « Ton mari, il a des lunettes ? » (On note que la mère n'en porte pas lors de la consultation).** **Le médecin inspecte ensuite les tympans** (le nourrisson allongé reste calme) puis demande **où la mère a accouché**. Cela a-t-il un rapport avec le dépistage de l'audition qui est fait dans certains établissements? Le praticien ne fait pas d'autre commentaire.

Il poursuit son examen général tout en prenant les mesures du nouveau-né qu'il inscrit dans le carnet au fur et à mesure. Il discute ensuite des vaccins avec la mère qui se réfère à sa première expérience pour accepter. C'est la mère qui transmet ensuite la demande de l'hôpital de réaliser une échographie de hanche. On note que « l'hôpital » laisse le soin au médecin de prescrire cet examen. Le carnet de santé sert ici à transmettre l'information plus que le compte-rendu venant de la maternité.

De retour au bureau, le médecin prescrit l'examen. Puis, il note le calendrier vaccinal dans le carnet de santé : il s'inscrit bien dans une démarche de prévention et d'information du patient : ceci permet aux parents de ne pas « oublier » de consulter pour les vaccins tout en leur laissant la possibilité de se renseigner. Le praticien réalise aussi les courbes de croissance. Il s'inquiète ensuite du premier enfant (qu'il « suit » peut-être) puis donne lui-même le prochain rendez-vous.

**Le nouveau-né gazouille** sans que personne ne le « remarque » puis se met à pleurer.

## **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe de la vision et de l'audition mais son évaluation est incomplète. Il insiste surtout sur l'alimentation.

S'il se soucie bien des conditions d'accouchement et des antécédents familiaux de troubles visuels, il n'interroge ni sur les antécédents familiaux de troubles auditifs, ni sur le comportement visuel ou auditif. De plus, il ne cherche pas de réaction au bruit. Cependant, nous ne savons pas si un test de dépistage auditif a été fait à la naissance.

On note que la recherche des antécédents paternels de troubles visuels se fait après que le médecin ait découvert un strabisme : c'est une sorte de dépistage « à l'envers ». Or, il s'agit de deux raisons différentes justifiant un avis ophtalmologique (ici, le strabisme n'est pas encore significatif). Le médecin n'explique pas la poursuite de la prise en charge à la mère (contrôle à la prochaine consultation ?) qui ne pose pas non plus de question (incompréhension ? confiance absolue envers le médecin ? non préoccupée par le sujet ?).

L'étude de la poursuite oculaire n'est pas indispensable puisque le nourrisson n'a qu'un mois.

La mère ne semble pas préoccupée par les dépistages sensoriels. Elle parle peu et surtout de l'alimentation. Elle pense aussi à demander l'échographie de hanche preuve de l'attention qu'elle porte à sa fille et de sa capacité à transmettre les informations de l'hôpital. On peut se demander si elle a été sensibilisée au développement de la vision et de l'audition.

Le nouveau-né est calme mais vient juste de se réveiller ce qui gêne initialement l'examen des yeux. Il gazouille mais seulement en fin de consultation et personne ne semble le remarquer.

---

## **1 MOIS - RESULTAT 17.**

Le nourrisson est un garçon de un mois, accompagné de sa mère, responsable administratif. Le père n'est pas connu du médecin.

### **DEROULEMENT**

La mère est anxieuse du comportement de son nouveau-né au réveil. Elle est persuadée qu'il va pleurer (ce qui ne sera pas le cas). Cela reflète son ressenti sur le comportement de son fils à domicile. D'ailleurs, nous apprenons rapidement qu'elle se sent fatiguée.

A l'entrée dans le bureau, elle donne d'abord le carnet de santé. Le médecin pose alors une question ouverte : « alors, comment il va ? » dont la réponse dévie rapidement sur la mère : celle-ci a arrêté l'allaitement en raison de sa fatigue, malgré ses consultations chez le médecin traitant et à la PMI. Le

médecin s'inquiète du poids mesuré à la PMI tout en continuant à s'intéresser aux effets du sevrage chez la mère.

Il questionne ensuite logiquement sur le sommeil (puisque la mère est fatiguée) puis sur l'aide apportée par le père, qui a beaucoup d'importance dans ces premiers mois où il faut rechercher des facteurs de risque de dépression du post-partum. Le carnet de santé est ouvert avant de passer en salle d'examen.

La mère parle de nouveau de l'alimentation avec une question sur les biberons (et les tétines) puis signale qu'elle est allée chez l'ostéopathe. Le médecin poursuit son examen systématique. La mère s'inquiète de la peau sèche puis signale qu'elle nettoie souvent les coins des yeux. Le médecin la rassure mais poursuit son examen.

**Il s'adresse directement au nouveau-né** pour l'encourager lorsqu'il le met sur le ventre et ce n'est qu'après l'avoir pesé, de retour à la table d'examen que le praticien **inspecte les yeux avec la lumière de l'otoscope : il étudie les reflets cornéens, le réflexe de fixation, les réflexes photomoteurs et teste la poursuite oculaire** mais la tête du nouveau-né est tournée à gauche et il ne semble pas vouloir regarder à droite. **Le praticien semble avoir observé un nystagmus et s'adresse au nouveau-né : « Qu'est-ce que tu m'as fait ?? »** ; ce qui marque son étonnement. **Il interroge ensuite la mère qui n'a rien remarqué** et qui ne pose pas d'autre question. Le médecin n'insiste pas.

De retour au bureau, le praticien questionne sur un éventuel ictère à la naissance puis conseille l'arrêt de la vitamine K. Il vérifie ensuite la vaccination anti-coquelucheuse du père par le carnet de santé qui a été ramené. Nous sommes bien dans une prise en charge globale du nourrisson : le médecin s'inquiète de son environnement et notamment de son entourage proche.

Il prescrit ensuite les vaccins. La mère s'inquiète de la fièvre.

Puis le médecin s'interroge sur le périmètre crânien ce qui inquiète la mère. Il propose de surveiller l'évolution ce qui s'inscrit dans une démarche de suivi au long cours.

Il parle de nouveau de l'alimentation puis pose une question ouverte à la mère : « est-ce que vous avez d'autres questions ? » ce qui déclenche de nouveau des questions sur l'alimentation. La mère parle ensuite du mode de garde puis de la consultation post-accouchement qui se fera par le même médecin : nous sommes là encore dans une prise en charge de toute la famille.

Remarque : le médecin a été interrompu trois fois par le téléphone durant cette consultation.

Finalement, il décidera de le « débrancher » pour finir tranquillement la consultation.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le thème prépondérant est l'alimentation évoquée à plusieurs reprises par la mère et le médecin.

Le médecin s'adresse directement au nourrisson à plusieurs reprises.

Il réalise un examen des yeux (la poursuite oculaire n'est pas indispensable) et semble avoir observé un nystagmus.

L'audition ne sera pas du tout évoquée.

La mère semble fatiguée ce qui est en rapport avec l'âge du nourrisson. Elle pose plusieurs questions concernant le nouveau-né mais n'évoque ni l'audition ni la vision.

Le nourrisson reste calme pendant toute la consultation malgré les craintes de sa mère sur son comportement.

---

## **2 MOIS - RESULTAT 4.**

Le nourrisson est un garçon de 2 mois et 3 jours, accompagné de sa mère, travaillant « dans les rayons d'un supermarché ».

### **DEROULEMENT**

En entrant, la mère est avant tout préoccupée par les patchs (et probablement par les vaccins). Le médecin la rassure. Le carnet de santé est donné spontanément par la mère. Le médecin aborde d'abord l'alimentation ce à quoi la mère répond par des questions sur l'appareil digestif puis le sommeil.

Le médecin ne s'attarde pas au bureau et se dirige vers la table d'examen. On note que celle-ci est contre le mur et pourvu d'un matelas adapté aux nourrissons.

L'inspection débute d'emblée avec le déshabillage du bébé (effectué par la mère) qui provoque des tremblements.

**Le médecin commence son examen par l'audition en positionnant ses mains « en arrière » du nourrisson et en agitant, en même temps, de chaque côté, des jouets sonores.** On ne remarque pas de réaction particulière du nourrisson qui vient de se réveiller. **Le médecin recommence avec deux jouets ayant une fréquence différente,** sans résultat. On note que le nourrisson peut être attiré par le mouvement des bras, qui ne peut se faire hors de sa vue.

Se déroule ensuite un examen physique perturbé par des tremblements et par la tête plus souvent à gauche ce qui incite le médecin à détailler l'examen neurologique.

Il remarque aussi : **« il sourit ! »**, preuve d'une sensation de bien-être et d'un sentiment de confiance du nourrisson malgré l'examen physique.

C'est en fin d'examen, avant la prise des mesures et l'injection du vaccin que **le médecin inspecte les yeux puis recherche la fixation et la poursuite oculaire avec une lumière.** Le nourrisson suit bien des yeux. C'est à ce moment que **la mère pense à évoquer le mobile qu'il regarde, ce qu'elle interprète comme « il aime bien » : « Il a un mobile, il aime bien, il le regarde. ».** **Le médecin enchaine avec l'examen des tympans,** le bébé reste calme.

Après avoir installé son nourrisson dans le landau, la mère semble renforcée et valorisée dans son rôle en constatant : **« il me regarde, il me sourit »** (et donc peut-être « il m'aime »).

Le médecin de son côté, poursuit de façon objective la consultation en remplissant le carnet qui l'incite à **questionner sur l'audition (« il entend bien ? Il réagit bien au bruit ? A la voix ? )** puis à

réexaminer le bébé dans d'autres conditions (dans son landau) avec la recherche d'une réaction au bruit : **le médecin se lève, se met à côté du landau et tape fortement dans ses mains, à deux reprises, en observant la réaction de l'enfant** (je n'ai pas pu la voir).

Il évoque les vaccins puis revient sur le problème des tremblements et s'inscrit alors bien dans le rôle du médecin « de famille » puisqu'il pense aux antécédents de la mère et aux traitements pris pendant la grossesse (il vérifie leurs effets indésirables). D'ailleurs la consultation « dévie » vers la mère avec le mode de garde et l'ordonnance de contraceptif. Le médecin demande un avis spécialisé en neuropédiatrie pour le nourrisson. La mère questionne sur l'alimentation.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin est attentif au dépistage sensoriel même si son examen général est perturbé par la survenue d'un élément potentiellement inquiétant (tremblements).

L'appréciation de l'audition se fait par les questions du carnet de santé, par la recherche d'une réaction au bruit (à plusieurs reprises, de différentes façons et dans différentes conditions) et par l'inspection des tympans.

L'appréciation de la vision se fait sur l'observation du nourrisson (sourire), sur l'examen des yeux (avec recherche d'une poursuite oculaire) et sur ce que rapporte la mère.

La mère porte une attention empreinte d'affection sur le comportement de son fils. Elle pense à évoquer le mobile et souligne qu'il la regarde et lui sourit.

Le nourrisson est calme et souriant mais ne réagit pas forcément aux sollicitations du médecin ce qui induit une difficulté à interpréter l'examen.

---

## **2 MOIS - RESULTAT 6.**

Le nourrisson est une fille de 1 mois et 25 jours, accompagnée de sa mère, directrice adjointe dans le commerce. Le père est « commercial » selon le médecin.

### **DEROULEMENT**

L'échange du carnet de santé marque le début de la consultation. La mère donne les vaccins qualifiés de « misères » par le médecin (« Ah, oui, c'est le début des misères ! ») puis elle s'émerveille des **sourires de sa fille** en la sortant du landau : « elle fait plein de sourires ! »

Le médecin est déjà lancé dans sa consultation « objective » en questionnant sur l'alimentation et en préparant le matelas adapté aux nourrissons sur la table d'examen.

L'examen commence par la **vision : le médecin agite devant le nourrisson un jouet très coloré qui fait du bruit puis le déplace horizontalement. Il teste probablement le réflexe de fixation et la poursuite oculaire mais on ne sait donc pas si le nourrisson est attiré par les couleurs ou par le bruit.** Le nourrisson ne regardant pas vers la droite, le médecin s'appuie alors sur les dires de la mère pour s'assurer de la normalité du test : **« elle suit du regard ? Elle tourne bien la tête de l'autre côté ? ».**

Ensuite, un examen clinique s'enchaîne (fontanelle, l'auscultation cardio-pulmonaire, pouls fémoraux, palpation abdominale, inspection de la peau, des organes génitaux externes et du siège, manœuvre du « tiré-assis ».)

Le médecin poursuit son questionnement sur l'alimentation puis il pose les questions du carnet sur l'audition, **« elle réagit bien au bruit ? A la voix ? »** et, concernant le langage : **« Et elle gazouille ? ».** La mère répond brièvement par « oui » mais semble plus préoccupée par sa reprise du travail et par le père. Le médecin poursuit dans sa logique d'examen par la cavité buccale et **les tympans** juste avant les mesures de croissance et les vaccins.

La fin de la consultation comprend le remplissage du carnet de santé, la réalisation des courbes de croissance, les prescriptions habituelles et l'évocation, par la mère et le médecin, des effets indésirables des vaccins. A la lecture du carnet, le médecin pallie un oubli dans l'examen, en interrogeant la mère sur le tonus du bébé quand il est sur le ventre.

La mère réclame ensuite un document que le médecin n'a pas eu le temps de faire et qu'il propose de donner plus tard. Là encore, le médecin essaie de respecter son emploi du temps tout en répondant à une demande concernant un autre membre de la famille.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin semble se préoccuper de la vision et de l'audition puisqu'il commence son examen par le dépistage sensoriel. Cependant, il emploie un objet qui mêle les deux sens ce qui gêne l'interprétation du test.

L'appréciation de l'audition se fait aussi par l'interrogatoire de la mère (questions du carnet et autres) et par l'inspection des tympans.

La mère est attentive au comportement de sa fille et pense à souligner que celle-ci sourit. Cependant, sa préoccupation principale semble être la reprise du travail (avec un changement de poste).

Le bébé sourit spontanément et reste calme pendant toute la consultation. Sa poursuite oculaire est incomplète ce qui n'est pas forcément pathologique ;

## 2 MOIS - RESULTAT 18.

Le nourrisson est un garçon de deux mois et un jour, accompagné de sa mère et de son père. La mère ne travaille pas. Le père est connu personnellement du médecin (ami de la famille) ; il travaille dans un supermarché.

### DEROULEMENT

La consultation commence en fait dès la salle d'attente où les parents verbalisent leur inquiétude face aux premiers vaccins. A l'arrivée dans le bureau, le carnet est donné spontanément par la mère. Le nourrisson est calme. La mère est plus proche du nourrisson pendant toute la consultation (plus près de la table d'examen) sauf après le vaccin où elle demande au père de consoler le bébé et de le rhabiller. Les deux parents répondent aux questions.

Le médecin pose d'abord une question générale puis une question sur le sommeil : « Il va bien ? Il dort bien ? ». Les parents répondent juste : « ça va bien » puis expliquent qu'ils ont consulté un pédiatre pour des problèmes de reflux. On remarque qu'ils n'ont pas apprécié leur consultation chez ce pédiatre, surtout par le manque de chaleur de leur interlocuteur et son manque de compréhension. Ils n'ont pas eu l'impression d'un examen plus minutieux et préfèrent poursuivre avec leur médecin habituel. On voit bien ici, l'importance de la relation médecin malade et de la communication. On apprendra d'ailleurs que le médecin connaît personnellement le père.

La mère parle du cordon ombilical. Puis le médecin se met à me donner des explications. Je n'avais pas pu parler directement au médecin avant la consultation pour lui expliquer qu'il devait faire « comme si je n'étais pas là ». Je reçois donc des informations sur **les antécédents du nourrisson « né à terme »**, d'abord sur les problèmes de hanche puis sur le reflux et sur une plagiocéphalie. On note que le médecin ne savait pas à qui adresser le nourrisson pour les hanches.

Il interroge ensuite sur l'alimentation puis constate la bonne tenue de tête du nourrisson pendant que la mère parle du sommeil puis de lésions cutanées et enfin de ses propres problèmes de circulation veineuse suite à la grossesse. Nous sommes à deux mois de l'accouchement et la consultation du nourrisson est encore très liée à la mère.

Le médecin commence l'examen par les mesures et se rend compte en les notant dans le carnet que l'examen du deuxième mois a été fait deux jours avant. Il poursuit toutefois son examen, en auscultant le cœur. Puis, il demande si les potentiels évoqués ont été réalisés. Le père acquiesce en précisant « tout était bien ».

L'examen se poursuit avec les poumons, les lésions dermatologiques, la cavité buccale, la digestion et se termine par l'inspection des tympans (le nourrisson reste calme), juste avant les vaccins. La mère rassure son fils puis demande s'il aura de la fièvre. Elle confie ensuite au père la tâche de consoler le bébé pendant qu'elle rassemble les affaires.

De retour au bureau, le médecin souligne que « tout est bien » comme pour conclure son examen. Il reprend alors point par point plusieurs thèmes évoqués : les hanches, les vaccins (en rassurant une fois de plus les parents), l'alimentation, les médicaments et **les problèmes auditifs.**

Le nourrisson se met à tousser.

La mère précise alors : « Oui, il tousse, ça c'est lui... **il fait aussi des petits bruits...** » On suppose qu'il s'agit de gazouillis. Le père ajoute : « Il rit aussi. »

Le médecin explique : « Ce bébé, **son père a ... une hypoacousie congénitale d'une oreille** [avec hésitation, en se tournant vers le père qui acquiesce] donc on s'est précipité sur le bébé mais il a eu des examens et tout va bien. »

**La mère évoque ensuite la vision en signalant les antécédents familiaux de daltonisme : « Par contre, il risque d'avoir des problèmes de daltonisme car son père [en montrant son mari, donc le grand-père de l'enfant] et son oncle sont daltoniens. ».** Le médecin me demande « à partir de quand on peut contrôler la vision ? » puis demande aux parents de prendre un rendez-vous. Il me signale ensuite : « **Systématiquement, dans ma clientèle, je fais contrôler la vue et l'audition de tous les enfants avant qu'ils rentrent en CP, comme ça, si ça va pas, si on dit qu'ils sont agités, qu'ils n'écoutent pas, au moins, on sait que ce n'est pas un problème d'audition ou de vue. »**

La consultation se termine sur les problèmes de la mère et sur la croissance de l'enfant.

On remarque que les parents sont inquiets et en demandent de réassurance : ils ont téléphoné à leur médecin quand ils ont dû mettre le premier suppositoire (et préfèrent finalement le sirop), ils sont inquiets de la réaction de leur fils aux vaccins et ont été stressés par une émission de télévision sur la réanimation néonatale.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Les parents sont attentifs à la santé de leur enfant. Celui-ci a déjà bénéficié d'un dépistage auditif précoce à cause des antécédents du père (mais on ne sait pas qui en est à l'origine) et la mère évoque spontanément les antécédents familiaux de troubles visuels ainsi que les gazouillis du bébé.

Le médecin se soucie de récupérer les résultats des tests auditifs mais ne pose pas d'autres questions sur le comportement de l'enfant ; peut-être en raison de la date récente des résultats. Il inspecte juste les tympans. Il serait intéressant de savoir si le fait d'avoir passé ces examens rassure les parents et le médecin au point de ne plus dépister régulièrement les anomalies de l'audition.

Ici, le médecin ne teste pas la vision et ne pose pas de question sur le comportement du nourrisson. On peut se demander si cela n'est pas dû à l'examen récent fait par un confrère.

Il semble en effet que ce médecin se soucie des troubles visuels et auditifs puisqu'il a l'habitude d'envoyer tous les enfants de sa patientèle chez l'ORL et l'ophtalmologiste avant leur entrée en CP.

Le nourrisson, calme pendant toute la consultation, bénéficie déjà d'une prise en charge pour les hanches, pour un reflux gastro-œsophagien, pour une plagiocéphalie et d'éventuels troubles auditifs ce qui relègue peut-être au second plan le dépistage visuel

## 2 MOIS - RESULTAT 30.

Le nourrisson est un garçon de 2 mois et 2 jours, accompagné de sa mère, kinésithérapeute. Le père n'est pas connu du médecin.

### DEROULEMENT

La consultation débute alors que le nourrisson est dans les bras de sa mère, le visage tourné vers le médecin, **les yeux grands ouverts**. Il est calme. C'est peut-être l'occasion pour le médecin **d'inspecter ses yeux**. Ici, la famille est récemment installée. Le médecin demande d'abord à la mère s'il s'agit bien de leur première rencontre et si le nourrisson est son premier enfant. On note que les parents n'ont pas réussi à avoir de rendez-vous pour le premier mois et qu'ils ont dû consulter leur ancien médecin traitant, notamment pour des troubles digestifs (régurgitations et coliques).

Le praticien s'intéresse d'abord à **la grossesse et aux circonstances de l'accouchement**. La mère signale spontanément qu'elle est kinésithérapeute et qu'elle a eu des contractions de fin de grossesse. Le médecin s'aperçoit que **le premier certificat a été rempli mais non envoyé** : il se préoccupe de la prévention globale.

Puis, il pose une question ouverte : « Comment ça se passe vous deux ? Vous trois ? ». On note qu'il s'intéresse aussi au père (qu'il ne connaît pas). Il continue sur une approche globale en discutant de la reprise du travail et du mode de garde. Puis il poursuit son interrogatoire systématique sur l'alimentation, le transit et le sommeil. De nouveau, il questionne sur le père en se souciant des risques de dépression du post-partum.

Le bébé se met à pleurer et le médecin invite la mère à le déshabiller.

Le nourrisson est sur le dos, un jouet mobile au-dessus de lui. Sa mère est à sa gauche, le médecin à sa droite. Il évoque les vaccins **tout en observant le bébé puis demande : « il suit bien des yeux ? »**. **La mère répond positivement et enchaîne spontanément avec l'audition. Elle dit : « et le bruit aussi »**. Le médecin fait bien préciser le type de réaction : **« Oui ? Il réagit bien ? Il sursaute, tourne la tête ? »**. La mère acquiesce tout en donnant un autre signe d'interaction avec l'environnement : **« oui, et il sourit ! »** **Le médecin demande : « Vous avez remarqué un strabisme ? »**. La mère répond : « parfois, oui ». Ne connaissant pas la famille, **le praticien questionne sur les antécédents familiaux : « et il y a des antécédents familiaux de strabisme, d'amblyopie... ? »** On note qu'il parle « d'amblyopie » sans l'expliquer, comme s'il considérait son interlocuteur comme un pair.

**Il inspecte ensuite les yeux avec la lumière de l'otoscope (étude des réflexes photomoteurs et de la fixation) puis essaie de tester la poursuite oculaire.** Comme l'enfant ne suit pas la lumière, **il s'adapte en prenant un objet plus attractif** (« C'est pas intéressant ça ! Je vais prendre un jouet plutôt. ») et prend un stylo coloré surmonté d'un jouet flexible, sans succès. Le nourrisson préfère regarder le médecin. **Celui-ci se déplace alors « au-dessus » du bébé** pour le faire suivre des yeux : « les visages, c'est plus intéressant ! ». **Il reprend ensuite la lumière de façon centrée pour regarder les reflets cornéens.**

Il continue avec la palpation abdominale tout en interrogeant sur les antécédents familiaux qu'il ne connaît pas. On note que la mère répond initialement « non » alors qu'elle l'informerait plus tard d'antécédents de sclérose en plaque chez sa mère: hors contexte, la mère oublie de les signaler. Le médecin examine la tête tout en continuant la recherche d'antécédents, cette fois-ci plus précisément sur les hanches.

**Le praticien inspecte ensuite les tympans et restitue le résultat : « Les tympans, c'est bon. »** Le bébé allongé se laisse faire.

Le médecin poursuit sa logique d'examen appareil par appareil. On note qu'il s'apprête à examiner les hanches mais se ravise et préfère mesurer le périmètre crânien, la taille et le poids avant. Il se soucie de la rééducation périnéale (nous sommes à deux mois de l'accouchement) et note les mesures dans le carnet avant de reprendre son examen. Il pense également aux mesures de prévention puisqu'il s'inquiète de savoir si le nourrisson dort bien sur le dos. Ils parlent ensuite de l'alimentation et du transit.

Pour la seconde fois, le praticien évoque les vaccins. On apprend alors que la mère est méfiante envers ceux-ci car sa propre mère souffre d'une sclérose en plaque. Le médecin prend le temps de bien expliquer les différents vaccins proposés et laisse quelques jours aux parents pour en discuter ensemble.

De retour au bureau, la mère questionne de nouveau sur les problèmes digestifs (évoqués pour la troisième fois). Le bébé (dans les bras de sa mère) crie puis pleure mais s'arrête rapidement. Le médecin réalise les différentes ordonnances puis les courbes de croissance et en déduit la prise en charge au niveau de l'alimentation et du problème digestif. Un rendez-vous est pris pour les éventuels prochains vaccins. Le bébé pleure de nouveau.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

La consultation est marquée par trois éléments : la recherche consciencieuse des antécédents (familiaux, prénataux et périnataux) pour ces nouveaux patients ; les troubles digestifs qui inquiètent la mère, évoqués aux trois temps de la consultation et la longue discussion concernant les vaccins. L'examen clinique nous paraît très minutieux, peut-être parce que le médecin ne connaît pas ces patients et que la mère exerce une profession paramédicale.

Celle-ci semble très attentive au dépistage des troubles sensoriels ; elle évoque spontanément l'audition dès que le médecin parle de la vue ; elle a déjà remarqué un strabisme et parle des sourires.

Le dépistage semble prioritaire pour le médecin qui commence son examen par la vision et qui s'adapte au comportement de l'enfant. Il ne teste toutefois pas lui-même la réaction au bruit, faisant confiance à la mère. L'aspect préventif tient une place importante : questions sur le père et facteur de risque de dépression du post-partum, premier certificat à envoyer, prévention de la mort subite du nourrisson et vaccinations.

Le bébé ne pose pas de problème de comportement. Il est attentif et regarde le médecin mais celui-ci a des difficultés à tester la poursuite oculaire.

### 3 MOIS - RESULTAT 7.

Le nourrisson est une fille de 3 mois accompagnée de sa mère, « auxiliaire dans une crèche ». Le père n'est pas connu du médecin.

#### DEROULEMENT

Le médecin récupère d'abord de manière très directive le carnet de santé et la carte vitale mais pose ensuite une question ouverte et simple : « comment va « P » (*le nourrisson*) ? »

La mère est préoccupée par un problème de rhinite chronique. Le médecin ne donne pas de réponse immédiate mais enchaîne dans sa logique de consultation obligatoire avec la vérification des vaccinations. Le praticien pose ensuite les questions habituelles sur le sommeil et l'alimentation.

Il commence l'examen physique par la fontanelle puis par **l'inspection des yeux avec une lampe** (le nourrisson est calme, allongé sur une table dédiée aux bébés). **Il étudie la fixation et les reflets cornéens puis les réflexes photomoteurs. Il remarque un strabisme ; ce qu'il restitue immédiatement à la mère en la rassurant : « elle a un léger strabisme mais à 3 mois, c'est pas significatif ».** La mère ne relève pas la remarque du médecin et ne semble pas inquiète. On remarque qu'elle parle très peu durant toute la consultation.

Le praticien continue **avec l'inspection des tympans** (le bébé allongé reste calme) puis celle des narines et de la cavité buccale. Il continue ensuite appareil par appareil.

Puis, il interroge la mère sur le sommeil et le comportement du nourrisson. **Il remarque que le bébé est « sage » et demande : « elle pleure peu ? ».** La mère répond : « oui, comme sa sœur ».

Le poids, la taille et le périmètre crânien sont mesurés ; les vaccins injectés et le médecin questionne sur la grande sœur.

En fin de consultation, les courbes de croissance sont réalisées et les prescriptions habituelles faites. Le médecin joue son rôle de détenteur de la connaissance du suivi de la famille puisqu'il retrouve le nom de la pilule que prenait la mère. Il assure ainsi son rôle de premiers recours et la continuité des soins puisque cela permet à la mère de ne pas interrompre sa contraception avant son rendez-vous chez le spécialiste.

#### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin semble préoccupé par le dépistage visuel puisqu'il inspecte les yeux en début d'examen et remarque un strabisme. Il n'y a cependant pas de question sur le comportement visuel ni d'étude de la poursuite oculaire.

L'appréciation de l'audition est plus floue. Elle ne se fait que sur le comportement du nourrisson pendant l'examen, sur l'inspection des tympans et sur une question sur les pleurs.

On peut se demander aussi si le nourrisson n'est pas « trop » sage : il a un sommeil long, très calme ; il ne gazouille pas et ne pleure pas pendant l'examen ce qui pourrait orienter vers une surdité. Le praticien remarque le comportement très sage du bébé mais la mère relativise en disant : « oui, comme sa sœur ». On suppose donc que pour elle, ce comportement est normal.

Par ailleurs, le médecin ne connaît pas le père de l'enfant ; on se demande donc s'il connaît ses antécédents au niveau auditif et visuel.

La mère parle très peu et n'exprime pas d'inquiétude quant au strabisme ni au comportement de son bébé. On se demande donc si elle est sensibilisée au dépistage sensoriel. Etant auxiliaire de puériculture, on peut supposer a contrario qu'elle se sent suffisamment compétente pour apprécier la normalité de son enfant ou qu'elle a toute confiance en son médecin pour lui signaler un problème éventuel et la conduite à tenir.

On note que le nourrisson a trois mois ce qui ne correspond pas à un âge de dépistage formalisé des troubles visuels et auditifs.

---

### **3 MOIS - RESULTAT 20.**

Le nourrisson est une fille de 2 mois et 28 jours accompagnée de sa mère, « non connue » du médecin (« nouveaux patients »).

#### **DEROULEMENT**

Le nourrisson est installé sur les genoux de sa mère qui pose le carnet de santé sur le bureau. Le médecin, ici, ne l'ouvre pas tout de suite mais pose d'abord une question ouverte : « comment ça va ? ». La mère répond en abordant la digestion (régurgitations) et l'alimentation ; le médecin questionne sur le transit. Ces thèmes reviendront deux fois en fin de consultation.

Ils passent rapidement dans la salle d'examen et pendant que la mère déshabille son enfant, le médecin prépare les vaccins. La mère demande des conseils concernant un séjour à la montagne.

Le médecin commence par mesurer la température du nourrisson (de trois mois).

Puis, il prend l'otoscope et se sert de la lumière **pour inspecter les yeux du nourrisson**, en se plaçant face à lui en bout de table (**étude des réflexes photomoteurs, de la fixation et des reflets cornéens**).

**Il essaie ensuite de le faire suivre du regard** mais le bébé est attiré par sa mère, sur le côté. Le médecin questionne alors la mère: **« Elle s'intéresse à la lumière ? »**. La mère répond avec enthousiasme : **« Oh oui, à la lumière, aux spots, à tout ! »** Nous sommes ici devant la difficulté à reproduire un fait constaté à domicile.

**L'inspection des tympan**s suit celle des yeux. Le médecin ne fait pas de commentaire et la mère ne pose pas de question. La cavité buccale est ensuite examinée.

Le praticien poursuit son examen appareil par appareil.

Juste avant de mesurer et peser le nourrisson, **il interroge la mère sur le langage : « Elle commence à faire quelques petits « BABA », quelques choses... ? »**. La mère répond de nouveau avec enthousiasme: **« - Oh oui ! « BABA », « AREUH ». Elle discute... mais quand elle veut ! »**

Le médecin retourne à son bureau pendant que la mère rhabille l'enfant (optimisation du temps de consultation). Il informe alors celle-ci du bon développement de sa fille : « La croissance, c'est parfait ! », ce qu'il répètera en fin de consultation : « Elle va bien, au niveau de la croissance et du développement. »

Il injecte ensuite les vaccins. La mère semble appréhender ceux-ci et se satisfait de ne pas être là lors de la prochaine consultation puisque c'est le père qui accompagnera le nourrisson. Le nourrisson, jusqu'à présent plutôt « passif », s'exprime enfin par des pleurs (suite aux vaccins) puis par des hurlements. Il est même difficile de s'entendre. On note que la mère ne le reprend pas dans ses bras (contrairement au début de consultation) mais le réinstalle directement dans la poussette (peut-être, là aussi, pour optimiser le temps et accélérer sa sortie). Elle ne pense à donner tétine et doudou qu'à la sortie en s'exclamant : « Elle hurle ! »

Pendant ce temps, la consultation s'achève avec la reprise du premier thème et les prescriptions diverses. Le nourrisson exprime probablement son besoin d'être réconforté et de redevenir le centre d'intérêt de sa mère.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe de la vision et de l'audition. Il ne teste pas directement cette dernière mais questionne sur le langage et inspecte les tympans.

L'appréciation de la vision se fait sur l'examen des yeux avec une lumière et sur une question à la mère pour s'assurer de la normalité de l'examen (la poursuite oculaire étant incomplète).

La mère ajoute des éléments concernant le langage. Sa première préoccupation est le problème des régurgitations.

Le nourrisson est calme pendant l'examen mais se met à pleurer et même à hurler à la fin de la consultation.

### 3 MOIS - RESULTAT 25.

Le nourrisson est une fille de 3 mois et 7 jours, accompagnée de sa mère qui « travaille ». Le père « travaille ».

#### DEROULEMENT

Le nourrisson est calme dans les bras de sa mère, en face du bureau du médecin. Il restera calme du début à la fin de la consultation, même après le vaccin.

Cette fois encore, le carnet est donné spontanément. Le médecin demande clairement le motif de consultation : « c'est pourquoi ? » La mère répond « c'est pour les vaccins ». On note qu'elle ne dit pas « c'est pour l'examen du troisième mois », comme si la vaccination était la chose la plus importante de la consultation. Le nourrisson est également enrhumé mais cela n'empêchera pas de réaliser l'examen du troisième mois, c'est pourquoi nous avons gardé cette observation.

Les premiers échanges concernent la pathologie aigüe puis le médecin regarde le carnet et discute de l'alimentation. La mère a consulté à la PMI entre le deuxième et le troisième mois pour des conseils sur l'allaitement.

Arrivés près de la table d'examen, le médecin poursuit ses questions sur l'allaitement. La mère évoque la reprise du travail.

Le praticien commence son examen par **un temps d'observation du nourrisson qui le regarde aussi**. Ainsi, ils prennent tous deux contact dans un échange silencieux. On ne sait pas si le praticien inspecte la symétrie du regard mais il constate : « **elle a les yeux larmoyants** » ce qui est en rapport avec la rhinite. Puis, **il parle au nourrisson**, faisant une remarque, qui est plutôt adressée à la mère, sur la prise de poids : « t'as pris des joues depuis la dernière fois ! »

Le médecin poursuit son examen et son interrogatoire au sujet du « rhume », puis, il ausculte le cœur, et met le bébé sur le côté pour ausculter les poumons. De retour de face, **le bébé sourit**, ce que remarque le médecin avec un adjectif positif : « **Elle fait des beaux sourires.** » La mère enchérit sur les progrès de sa fille : « elle commence à rigoler. Elle l'a fait une fois avec son frère (...) » et nous apprenons qu'elle a un autre enfant. Il est peut-être important pour elle de constater que le frère semble bien accepter sa sœur.

Le praticien trouve une hernie ombilicale que la mère connaît déjà tout en ayant quand même besoin d'être rassurée.

**Il inspecte ensuite les tympanes en restituant le résultat : « C'est bien. Ils sont un peu rouges... » ;** puis, il inspecte la cavité buccale. Il fait ensuite « le point » sur la pathologie aigüe et donne des conseils. Nous apprenons alors fortuitement que le nourrisson dort sur le ventre. La mère « l'avoue » de façon un peu gênée, comme si cela n'était pas dû à un manque d'information mais plus à une conviction personnelle. Elle se base d'abord sur son expérience de mère en se référant à son premier enfant (sa fille ne semblait pas bien dormir sur le dos, « comme son frère »).

Le médecin ne fait pas de commentaire à ce sujet et continue par les mesures de croissance. C'est en notant les mesures dans le carnet de santé que **les questions sur la réaction au bruit et à la voix apparaissent : « Elle réagit au bruit ? Quand vous l'appellez ? »**

Bien que la mère acquiesce d'emblée, **le médecin précise bien le type de réaction recherchée : « elle tourne la tête ? Elle sursaute ? »**

Il passe ensuite au dépistage visuel qu'il a en fait déjà fait en partie comme nous le supposons en début de consultation, en affirmant : **« elle soutient le regard, ça, j'ai vu »**. Le praticien utilise ensuite **la lumière de l'otoscope pour inspecter les yeux (étude des réflexes photomoteurs, des reflets cornéens et de la fixation) et rechercher une poursuite oculaire**. Je n'ai pas pu voir les « résultats » sur le nourrisson. On note que la lumière du cabinet n'était pas éteinte. Une fois de plus, la mère ajoute des éléments concernant les progrès de sa fille qui la rassure quant à sa « normalité » : **« et elle joue aussi avec les tapis d'éveil ! »** en faisant un geste pour représenter un jouet suspendu.

Le praticien revient de nouveau sur la rhinite et donne des conseils sur l'hygiène à la maison mimant même le lavage de nez sur le nourrisson. Nous voyons qu'il est dans une démarche éducative et préventive. Il évoque ensuite de nouveau le mode de garde et la reprise du travail qui est fréquente au bout de trois mois. Cependant, la mère semble vouloir s'occuper plus longtemps de sa fille. Pour détourner l'attention du nourrisson pendant le vaccin, **le médecin donne un livre objet à la mère qui l'agite au-dessus de sa fille** ; cette dernière ne réagit pas à l'injection.

De retour au bureau, la pathologie virale est de nouveau évoquée. Le médecin prévoit les prochains vaccins et diverses prescriptions. La mère demande des précisions sur ce qu'elle peut prendre comme antalgique. Concernant l'allaitement maternel, le médecin laisse libre choix à la mère de décider du moment où elle voudra des conseils sur le sevrage.

Il conclue positivement en disant : « parfait ! »

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

La consultation est quelque peu « parasitée » par la pathologie aigüe virale qui est évoquée à plusieurs reprises.

La mère semble très attentive au développement de sa fille : elle ajoute spontanément des éléments sur les progrès de sa fille, notamment au niveau de la vision. Elle est au courant de l'existence d'une hernie ombilicale et de son évolution. Elle semble vouloir s'occuper de sa fille le plus longtemps possible : elle n'a pas arrêté l'allaitement en raison de la rhinite mais pense l'arrêter lors de la reprise du travail tout en évoquant le fait de ne pas le reprendre.

Le médecin se préoccupe de l'examen du nourrisson dans de bonnes conditions : il l'observe longuement, il détourne son attention au moment du vaccin.

L'audition et la vision font bien partie de l'examen, bien que le médecin ne recherche pas par lui-même la réaction au bruit : notons qu'il y a du bruit dans la salle de consultation en raison de la pluie, que les tympans sont atteints par la rhinite et que la mère semble bien attentive au développement de son enfant.

Le nourrisson, bien que « malade », interagit avec le médecin en le regardant et en lui souriant. Il reste calme pendant l'examen.

### 3 MOIS - RESULTAT 26.

Le nourrisson est une fille de 3 mois, accompagnée de sa mère, professeur de SVT (sciences de la vie et de la terre). La situation professionnelle du père n'est pas connue.

#### DEROULEMENT

En entrant dans le bureau, **le médecin se penche vers le nourrisson qui est dans son landau et lui parle directement: « comment ça va la princesse ? »**. C'est une façon de prendre contact avec lui et de centrer d'emblée l'attention sur le nourrisson qui est bien le personnage le plus important de la consultation. Le terme positif « princesse » permet de valoriser le nourrisson mais aussi sa mère et de les mettre en confiance.

Le praticien demande ensuite l'âge du bébé, trois mois, qui est tout de suite pour lui synonyme de « vaccins » et même « série » de vaccins ce qui est plutôt anxiogène. Il regarde ensuite le carnet de santé et demande si la mère allaite toujours ce qui n'est pas le cas. Ils discutent ensuite de l'alimentation puis des régurgitations et du transit.

Le praticien pose ensuite une question « semi »- ouverte : « sinon, pas de souci ? » qui incite à répondre « non ». Cependant, la mère en profite pour expliquer qu'elle a consulté aux urgences en raison d'une fièvre.

Pendant que la mère installe sa fille (sur un matelas adapté), le médecin demande des nouvelles du frère. Nous apprenons qu'il y a un cas de gale dans son école et la mère en demande les symptômes. Le médecin se soucie de la fratrie et a un rôle de prévention et d'éducation vis-à-vis de certaines maladies.

Le nourrisson qui a été partiellement déshabillé, se met à frissonner et à pleurer. Le médecin invite alors la mère à le prendre dans ses bras (ce qui le calme instantanément) et à le garder pendant l'auscultation des poumons puis du cœur. Lorsque le bébé est de face, **il sourit au médecin** ce qui déclenche l'enthousiasme de ce dernier **qui le salue en retour : « Oh, si ! Je vais avoir un sourire ! Coucou ! »**

Le nourrisson est de nouveau allongé sur la table mais cette fois-ci ne pleure pas. Le médecin inspecte ses narines puis il palpe l'abdomen. Il est pesé et mesuré.

Le praticien constate encore : **« elle vous fait des sourires ! »** ce que confirme la mère : **« Oui, elle est très souriante ! »**

Le périmètre crânien est mesuré puis le tonus testé. Alors que **le praticien inspecte les tympans** (nourrisson allongé, calme), il demande : **« elle gazouille ? »**. La mère acquiesce sans autre précision. La cavité buccale est inspectée puis le médecin remplit le carnet. Il s'exclame : « elle a bien grossi ! », le poids lui semble donc tout à fait normal. La mère est plus nuancée puisqu'elle parle du frère qui prenait un kilo par mois.

Le praticien demande ensuite si la mère chante des chansons au bébé. Celle-ci semble très surprise de la question et répond non. Il s'agit en fait de rassurer le nourrisson et de détourner son attention pendant le vaccin. En effet la mère avait signalé, en début de consultation, avoir oublié la tétine ce

qui l'inquiétait pour le vaccin. Faute de chansons, le médecin demande à la mère de parler au bébé ; cependant, l'injection déclenche les pleurs de celui-ci. La mère prend l'enfant dans ses bras pour le consoler. Elle le rhabille ensuite pendant que le médecin répond au téléphone mais au lieu de le garder dans ses bras, elle le réinstalle dans le landau. Le nourrisson pleure toujours.

De retour au bureau, le médecin reprend le premier problème évoqué par la mère : la constipation puis il explique la surveillance du vaccin et prévoit les prescriptions médicamenteuses. La mère, elle, s'inquiète de la prochaine consultation et notamment des vaccins ce qui était aussi un sujet de préoccupation lors de cette consultation. Elle demande alors un courrier pour une consultation chez le spécialiste la concernant, alors que le rendez-vous est déjà pris. Le médecin accepte sans problème. Jusqu'à la fin, la mère profite de la consultation pour poser les questions concernant l'alimentation.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se soucie d'examiner le nourrisson dans de bonnes conditions.

Il inspecte les tympans mais pose peu de question sur l'audition. La mère étant professeur et ayant déjà un enfant, il pense peut-être qu'elle saura lui signaler une anomalie éventuelle. Il ne semble pas y avoir de dépistage visuel, peut-être pour les mêmes raisons. On constate seulement des sourires-réponses.

Les vaccinations inquiètent la mère. Elle est également préoccupée par l'alimentation et la digestion.

Le nourrisson est plutôt calme et coopérant pendant l'examen. Il sourit spontanément.

---

## **4 MOIS - RESULTAT 29.**

Le nourrisson est une fille de 4 mois et 4 jours, accompagnée de sa mère qui travaille dans un institut pour autistes. Le père est instituteur.

Le médecin part bientôt en retraite.

### **DEROULEMENT**

La consultation débute avec 15 minutes de retard de la part de la mère qui est partie rechercher les vaccins qu'elle avait oubliés. On imagine qu'elle s'est dépêchée et qu'elle arrive stressée. D'ailleurs, le médecin remarque : « Ça vous a fait courir ?! ». Le nourrisson, lui, a profité du trajet pour s'endormir mais il est réveillé par sa mère qui le sort du « cosy ».

L'oubli des vaccins n'est pas fortuit et vient sûrement d'une appréhension de la mère qu'elle reporte sur sa fille en disant (juste avant le vaccin): « Elle a peur... pour le premier, c'était pareil mais elle, elle est sensible aux bruits... aux expressions des visages... » (Inquiétude induite par le comportement maternel).

Le médecin pose une question générale : « comment ça va ? ». La mère explique que le bébé est « grognon » et pense qu'il s'agit des dents.

La mère installe le nourrisson sur ses genoux, face au médecin. **Il a les yeux grands ouverts. Le médecin le regarde (observe-t-il déjà son regard ?) et s'adresse directement à lui en le saluant (« bonjour ! »)**, ce qui est une marque de respect. Par cette attitude, il le considère comme une personne à part entière et il n'aura de cesse de lui parler pendant toute la consultation en lui expliquant ce qu'il fait, afin de le rassurer, de ne pas le « surprendre ».

La mère explique les symptômes de l'enfant et l'interprétation qu'elle en a faite avec son mari. Elle se réfère à sa première expérience de mère et a déjà une idée de traitement. Cependant, elle demande l'autorisation au médecin d'administrer le médicament, preuve qu'elle accorde au praticien sa confiance et qu'elle lui confère une certaine « autorité ».

Malgré sa longue expérience, le médecin est quelque peu pris au dépourvu puisqu'il n'a pas l'habitude de ce traitement et préfère consciencieusement en vérifier la composition.

Le praticien reprend ensuite les symptômes en essayant de les préciser et s'interroge sur l'allaitement. Le bébé commence à pleurer mais sa mère le calme rapidement.

Le nourrisson est calme lorsqu'il est allongé sur la table d'examen.

**Le médecin se penche vers lui et tous deux se regardent, ce qui lui fait dire, avec un terme affectueux : « Alors la puce ? Tu regardes hein ! ».**

Il poursuit son examen appareil par appareil, en prévenant le bébé de ce qu'il fait. Lorsqu'il examine les hanches, comme le médecin et la mère discutent ensemble du mode de garde sans le regarder, l'enfant se met à pleurer. La mère le prend dans ses bras pour essayer de le calmer. Le praticien ausculte ensuite les poumons puis assoit le bébé et le complimente sur son tonus : « Tu te tiens drôlement bien ! »

Le bébé est pesé. Il continue de pleurer même si le médecin essaie de le distraire **avec un mobile accroché au-dessus de la balance : « Tu as vu mon mobile ? ».** **Le mobile permet de tester la fixation du regard mais a également un rôle ludique.**

Le bébé se calme quelques instants après avoir été pesé, il est ensuite mesuré puis repris dans les bras de sa mère pour le périmètre crânien. Le médecin note des informations dans le dossier pendant que la mère remet la couche. Elle garde le nourrisson dans ses bras. **Le médecin cherche son otoscope dans l'intention de regarder les tympans.**

**Quand il le trouve, il dit : « Tant qu'elle est calme.... On regarde un petit œil ? ».** **Il allume rapidement la lumière (la mère est debout, le nourrisson à hauteur du médecin) et regarde les yeux. L'enfant se met à pleurer. Le médecin éteint la lumière et attend. Quand le bébé se calme, il recommence : « Hop là ! Encore une fois ! »** Le bébé pleure de nouveau. Il est possible qu'il soit énervé par le fait d'avoir été réveillé ou peut-être est-il gêné par une poussée dentaire, comme le pense la mère, ou par la lumière. Le praticien préfère ne pas insister.

**Il inspecte alors les tympans** (« On va regarder tes oreilles parce que si t'es grognon... »). Il ne s'agit pas seulement d'un examen de « routine » mais de trouver la cause du comportement du nourrisson. C'est pourquoi le médecin insiste et prend le temps d'ôter le cérumen (à deux reprises). On note que

la mère installe spontanément le nourrisson dans ses bras, lui bloquant la tête et les bras, pendant qu'elle fredonne. On suppose que cette position lui vient de son expérience de mère ; cependant, le bébé continue à hurler. Le médecin restitue les résultats de l'inspection : « ça devrait y être... J'espère qu'on va le voir... C'est bien, ça va. ».

Lorsqu'il prépare les vaccins, la mère verbalise sa peur en parlant de sa fille : « Elle a peur... pour le premier c'était pareil mais elle, **elle est sensible aux bruits... aux expressions des visages...** » Cette phrase laisse penser que le nourrisson n'a ni trouble auditif ni visuel. La mère la compare au grand frère. **Le bébé sourit** ce qui est remarqué une fois de plus par le médecin : « **Tu me souris ?** En tout cas, elle est très réactive ! » La cavité buccale est inspectée et les vaccins injectés.

De retour au bureau, le médecin inscrit les vaccins dans le carnet de santé mais reste attentif au nourrisson et observe de loin son tonus pendant que la mère le rhabille puis retourne auprès de lui à la demande de la mère pour vérifier des lésions cutanées. Des questions sur le remboursement sont posées.

Le médecin remplit ensuite la page du carnet de santé concernant l'examen du quatrième mois. On remarque qu'il inscrit déjà tout ce qu'il a perçu au cours de l'examen notamment : « **le sourire réponse, c'est bon...** ». Lorsqu'il a besoin d'une précision, il interroge la mère. Lorsqu'il demande : « rire aux éclats, je l'ai pas entendu mais ? » : il semble anticiper la réponse positive. Le reste de l'examen constaté étant normal, il suppose que l'enfant rit bien aux éclats.

Puis, il pose une question sur le langage : « **elle commence à vocaliser ?** ». **La mère répond en précisant : « Oui, de plus en plus fort ! ».** **Il demande ensuite : « Quand vous entrez dans une pièce, elle réagit au bruit ? »** **La mère répond : « Oui et puis quand elle voit des gens qui entrent aussi... ».** Là, nous voyons qu'il y a une confusion possible entre réaction au bruit hors de la vue et réaction à la vue donc nous ne savons pas si la réponse est précise. Le médecin ne fait pas de commentaire. Il continue à remplir le carnet: « **Beaux reflets pupillaires...** » qu'il constate peut-être à ce moment-là justement puisque l'enfant est assis sur les genoux de sa mère, face au médecin avec la lumière de la fenêtre se reflétant dans ses yeux.

Les courbes de croissance sont réalisées, la peur de l'étranger est évoquée ainsi que les prescriptions. Le médecin informe qu'il part bientôt à la retraite. Il revient sur la préoccupation initiale de la mère : le fait que le nourrisson soit « grognon ». Il remarque : « Tu fronces des sourcils, un p'tit peu. » Enfin, la mère pose des questions sur l'allaitement exclusif.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Il s'agit d'un examen du quatrième mois donc particulièrement important pour les dépistages sensoriels.

Le médecin a une longue expérience puisqu'il exerce depuis 29 ans. Il est très attentif au nourrisson, lui parle pendant l'examen et l'observe jusqu'à la fin ce qui lui permet d'acquérir de nombreuses informations.

Malgré son expérience, il se heurte au problème de comportement du nourrisson qui ne lui permet pas d'inspecter les yeux avec une lumière ; c'est peut-être pour cela que la poursuite oculaire n'est

pas recherchée. On note aussi l'absence de question ou de test de préhension. La configuration du cabinet a son importance puisqu'il observe les reflets cornéens grâce à la fenêtre située derrière le bureau.

Pour l'audition et le langage, il fait confiance à la mère mais manque toutefois de précision sur la question de la réaction au bruit (qui doit être hors de la vue), qu'il ne teste pas lui-même. Par contre, il insiste sur l'inspection des tympans et prend le temps de nettoyer les conduits puisqu'il s'agit également de rechercher une pathologie aigüe.

La mère semble sensibilisée aux interactions de l'enfant avec son entourage, peut-être de par son métier.

Le nourrisson pleure à plusieurs reprises, peut-être gêné par une poussée dentaire, ce qui ne facilite pas l'examen mais il apporte plusieurs éléments spontanément : sourire, regards.

---

## **4 MOIS - RESULTAT 32.**

Le nourrisson est une fille de 4 mois et 20 jours accompagnée de sa mère, femme de ménage et de son père dont la profession n'est pas connue.

### **DEROULEMENT**

Au début de la consultation, le nourrisson est dans un « cosy ». Il est calme, tête sa main **et sourit**. Le médecin s'enquiert d'abord de l'amélioration de l'état de santé du bébé, suite à un épisode de bronchiolite.

Puis, il informe : « C'est l'examen des quatre mois aujourd'hui. » La mère acquiesce en ajoutant : « et il y a des vaccins » (on note qu'ils ont été reportés à cause de l'épisode aigu). Le carnet de santé est donné.

Le médecin pose d'abord des questions sur l'alimentation et remplit le carnet à l'examen du quatrième mois. Il demande aussi si l'enfant tète son pouce puis interroge sur l'audition en posant d'emblée trois questions : « **elle réagit bien au bruit ? Elle sursaute ? Elle tourne la tête quand vous parlez ?** » La mère acquiesce et le médecin poursuit son interrogatoire.

**Il demande si l'enfant joue avec ses mains puis s'il sourit mais répond lui-même à cette question grâce à son observation : « Oui, je l'ai vu dans son cosy ! »**

Le nourrisson est ensuite installé sur la table d'examen adulte par sa mère ; il est calme. On note que le père reste assis. Le praticien continue le questionnement tout en observant le bébé. Il demande **s'il attrape les objets. La mère répond positivement en ajoutant des précisions : « les doigts, le biberon... »**, ce qui étaye sa réponse. **Puis le médecin demande si l'enfant avait un strabisme.** Nous sommes à quatre mois, âge qui marque un tournant dans la signification du strabisme : s'il est toujours présent, même intermittent, il devient pathologique. On remarque que le médecin s'appuie sur la mère plutôt que sur le carnet pour l'examen antérieur du nourrisson.

Au même moment, **le praticien observe le nourrisson et lui tend un abaisse-langue pour tester sa préhension et sa coordination visuomotrice mais ce dernier ne le prend pas. Le praticien utilise alors un jouet pour tester la poursuite oculaire sans résultat.**

**Il inspecte alors les yeux avec la lumière de l'otoscope, recherche une fixation, étudie les reflets cornéens et les réflexes photomoteurs. Il tente la poursuite oculaire mais le bébé ne suit pas complètement** : est-ce par manque de « coopération » ou est-ce significativement pathologique ?

La mère ne pose pas de question sur le résultat de cet examen mais s'inquiète du « crâne plat » de sa fille, suite à une remarque du kinésithérapeute (inquiétude induite par un professionnel de santé). Le médecin la rassure et en profite pour discuter du positionnement de l'enfant, de la motricité, pour palper le crâne et mesurer le périmètre crânien.

Il pose ensuite une question sur le langage : **« elle babille un peu ? »**. La mère dit : **« elle crie ! »** ce qui ne répond pas à la question. **Le praticien précise alors : « elle fait des petits sons aussi ? »** La mère saisit la nuance et répond : **« oui, elle parle beaucoup ! »**

Le médecin poursuit son examen par l'auscultation des poumons puis du cœur et teste le tonus. Il profite que le nourrisson soit assis, maintenu par sa mère **pour rechercher une réaction au bruit: il approche derrière lui une boîte à musique en fonctionnement mais on ne note pas de réaction franche de l'enfant ni d'attitude d'écoute.**

Le nourrisson est rallongé, le médecin palpe l'abdomen **puis inspecte les tympans**. On note que le bébé crie mais ne bouge pas. Le praticien ne fait pas de commentaire sur l'examen. Il observe ensuite la cavité buccale. La taille et le poids sont mesurés.

De retour sur la table d'examen, **la mère montre à sa fille** (en la rhabillant partiellement) **le mobile positionné juste au-dessus : « regarde le mobile » et l'enfant le fixe.**

Elle s'inquiète ensuite d'une lésion dermatologique. Le médecin pose ensuite des questions sur l'alimentation et le sommeil tout en préparant les vaccins puis c'est au tour de la mère de poser de nouveau une question concernant la peau.

Elle prend ensuite sa fille dans ses bras et s'assoit, le temps que le médecin réalise un vaccin dans chaque cuisse. L'enfant crie. Sa mère essaie de la rassurer puis demande au père de la rhabiller.

Celui-ci se lève et installe le nourrisson sur la table d'examen. **Le nourrisson se calme en regardant le mobile.**

De retour au bureau, le médecin remplit le carnet, note les vaccins et réalise les courbes en commentant : « au niveau des courbes, y'a pas de souci ! » ; on discute de l'alimentation et des prescriptions.

Le médecin demande s'il y a d'autres questions, ce à quoi les parents répondent dans un premier temps « non » mais le bébé, réinstallé dans le « cosy », se met à pleurer. Ils évoquent alors un problème de « cris » avant de dormir. Des conseils sont donnés.

Le médecin enchaîne avec une consultation pour la mère.

## **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Il s'agit d'un examen du quatrième mois donc particulièrement important pour les dépistages sensoriels.

Du côté du médecin, l'audition et la vision sont des préoccupations importantes.

L'audition est évoquée dès le début avec les questions du carnet de santé puis à trois moments de l'examen : par l'interrogatoire des parents, par la recherche d'une réaction au bruit et par l'inspection des tympans.

Le comportement visuel est évoqué aussi dès le début de la consultation avec le carnet et l'observation du nourrisson. Le médecin débute son examen clinique par la vision. Il interroge aussi la mère sur le comportement du bébé et sur un éventuel strabisme.

Ce n'est que la deuxième fois qu'il examine le bébé et on ne sait pas si les antécédents familiaux et personnels ont été recherchés auparavant.

Bien qu'il les teste consciencieusement et qu'il développe des stratégies d'adaptation, les examens concernant l'audition et la vision ne sont pas toujours interprétables.

Les deux parents sont présents mais le père reste en retrait. C'est la mère qui répond aux questions. Ils ne posent pas de questions sur l'audition et la vision mais sont préoccupés par des lésions dermatologiques, par la plagiocéphalie repérée par le kinésithérapeute et par un problème de comportement le soir. La mère stimule sa fille en lui demandant de regarder le mobile.

Le nourrisson est peu « coopérant » mais il sourit spontanément et porte un intérêt au jouet mobile plutôt qu'à ce que lui propose le médecin, ce qui illustre, comme dans d'autres consultations, l'importance de l'observation de son comportement spontané.

---

## **5 MOIS - RESULTAT 10.**

Le nourrisson est une fille de 5 mois, accompagnée de sa mère qui « doit être cadre sup' » et de son père (« cadre sup' » aussi).

### **DEROULEMENT**

Cette consultation est marquée par une mère très angoissée, qui parle beaucoup.

On note qu'il y a deux autres personnes présentes dans cette consultation, avec un rôle cependant assez « passif » : le père et l'étudiante en médecine.

Le médecin s'étonne presque de voir le père et le lui fait savoir. Celui-ci se sent obligé de justifier sa présence : « c'est tombé comme ça, j'étais en congé aujourd'hui mais ce n'était pas prévu exprès ». Il parle peu durant la consultation mais essaie toujours de relativiser les propos de la mère voire d'ironiser. L'étudiante en médecine mesure le périmètre crânien lorsque le médecin remplit le carnet de santé et se rend compte de son oubli.

La consultation débute avec l'ouverture du carnet de santé et deux questions ouvertes du médecin : « C'est pour quoi ? » et « comment ça va ? ». C'est la mère qui répond. Elle commence avec le sommeil puis les pleurs du bébé, les régurgitations, l'alimentation, les dents. Devant ce flot de paroles et d'inquiétudes, le médecin évoque une dépression du post-partum tout en la minimisant, peut-être pour en faire accepter l'idée à la mère : « possible », « petite » dépression. La mère enchaîne alors avec la reprise du travail, le mode de garde, ses angoisses et sa tristesse ce qui contraste avec **le bébé calme qui sourit au médecin quand celui-ci le regarde.** On note que **les hurlements pendant le sommeil peuvent orienter vers une surdité.**

L'audition est testée dès l'installation du nourrisson sur la table d'examen. **Le médecin recherche une réaction au bruit avec le Baby Sensory Test en mettant un appareil à chaque oreille** (en passant au-dessus du bébé allongé). **Différentes fréquences sont utilisées.** L'examen est très rapide. Les résultats semblent satisfaire le médecin. Les parents ne font pas de commentaire et la mère enchaîne avec un problème dermatologique. Le médecin inspecte l'enfant puis réalise un examen général et vérifie les vaccinations.

**La vision est testée avec la lumière de l'otoscope juste avant les tympans : inspection des yeux (fixation?) et étude de la poursuite oculaire.**

**Les tympans sont vérifiés** après les yeux et avant les mesures de croissance. **La mère est inquiète car sa fille se touche souvent les oreilles. L'examen est « parfait » selon le médecin même s'il remarque « on voit pas grand-chose, mais... »** : phrase en suspens qui pourrait être source d'angoisse mais les résultats sont ensuite restitués de façon claire, lors du rhabillage, afin de rassurer la mère : « elle entend bien, elle se tient bien, elle progresse bien, y'a pas de soucis ! ». **Le nourrisson sourit et le médecin souligne « tu as envie de me parler, toi ».**

La mère parle de l'alimentation à quatre reprises. Elle revient sur le sommeil, le mode de garde, la lésion dermatologique et son anxiété à la fin de la consultation.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe de la vision et de l'audition bien que l'âge de l'enfant ne corresponde pas à un dépistage formalisé des troubles sensoriels.

L'appréciation de l'audition se fait sur la recherche d'une réaction au bruit avec un matériel approprié, sur différentes fréquences et sur l'inspection des tympans mais il n'y a pas de question posée aux parents (ni sur l'audition ni sur le langage).

L'appréciation de la vision se fait sur l'inspection des yeux (avec poursuite oculaire) et sur l'observation du nourrisson qui sourit. Là encore, il n'y a pas de question aux parents.

Malgré tous les thèmes abordés et parfois répétés, la mère n'évoque cependant jamais la vision et presque pas l'audition. Elle dit simplement au médecin : « oui, elle se touche super souvent les oreilles » lorsqu'il examine les tympans puis elle s'inquiète du côté esthétique des oreilles de sa fille.

La vision et l'audition semblent donc reléguées au second plan derrière, notamment, le sommeil, l'alimentation et le mode de garde.

Le père ne parle ni de la vision ni de l'audition.

Le nourrisson, lui, est souriant, calme et « coopérant » pendant tout l'examen.

---

## 5 MOIS - RESULTAT 19.

Le nourrisson est une fille de 5 mois, accompagnée de sa mère qui est coiffeuse. Le père est déjà venu mais sa profession n'est pas connue.

### DEROULEMENT

On note ici que la mère avait elle-même été suivie par ce médecin durant son enfance.

La consultation débute avec la remise du carnet de santé qui n'avait pas été rempli la fois précédente. Le praticien s'en étonne et se demande s'il est en cause mais la mère explique que c'est le père qui avait oublié de le ramener.

Le médecin pose d'abord une question ouverte, « comment ça va ? », qui engendre une réponse sur le sommeil, puis des questions sur l'alimentation et la digestion. Mère et médecin discutent ensuite du comportement du nourrisson la nuit et de la façon de gérer ce problème : le praticien accompagne aussi les parents dans leur rôle éducatif.

Il recentre ensuite la conversation sur le côté plus « médical » en demandant si l'enfant « évolue bien », ce à quoi la mère répond positivement.

Pendant que la mère installe sa fille, le médecin doit « rattraper » l'oubli du carnet en inscrivant les derniers vaccins. Il interroge ensuite sur le mode de garde, probablement en prévision des prochaines vaccinations.

**L'examen visuel commence par l'observation du nourrisson qui regarde le médecin.** Cet échange silencieux permet une première prise de contact douce et, par conséquent, une mise en confiance de l'enfant. Le bébé attrape ses pieds ce que remarque le médecin. **Le deuxième contact se fait par le « don » d'un objet : le médecin tend un jouet rouge en forme d'anneau à l'enfant pour tester sa coordination visuomotrice.** Puis, **il amorce un dialogue avec le nourrisson** en émettant une interrogation : « non ? » car ce dernier refuse de prendre l'objet. **Finalement, le bébé saisit le jouet et sourit au médecin qui s'exclame : « elle sourit ! » ; ce qu'il répétera au cours de l'examen.**

Le praticien ne poursuit pas tout de suite l'examen des yeux mais continue avec le cœur, les poumons et le tonus. Il est possible qu'il profite du calme de l'enfant pour l'auscultation. La consultation est alors interrompue par le téléphone comme elle le sera une deuxième fois avant sa fin.

De retour à la table d'examen, le praticien continue par la palpation abdominale et s'empare de **l'otoscope pour étudier les reflets cornéens, la fixation du regard, les réflexes photomoteurs et la poursuite oculaire.**

La séquence de l'otoscope se poursuit avec **l'examen des tympans et le praticien demande si le bébé entend bien (sans précision). La mère répond par un grand « oui ».**

Le médecin poursuit son examen puis pèse et mesure l'enfant. Il reprend la première constatation « elle attrape bien ses pieds » pour expliquer que le nourrisson évolue bien. L'examen est quelque peu perturbé par le bébé qui se met à uriner. Ce n'est qu'à la fin, en lavant ses mains, que **le praticien revient sur le langage avec plus de précision : « Elle gazouille un peu ? ».** Il attendait probablement de pouvoir constater par lui-même les gazouillis du bébé. **La mère précise « elle arrête pas »** ce qui est contradictoire avec ce qui est constaté. **Devant l'insistance du médecin (« Parce que là, elle m'a surtout fait des sourires. »), elle se sent obligée de donner une explication sur le « silence » de sa fille : « elle vient de se réveiller. »**

De retour au bureau, le médecin remplit carnet et courbes de croissance en réaffirmant : « elle grandit bien ».

**Le bébé, en tête à tête avec sa mère qui le rhabille, se met enfin à gazouiller ce qui instaure un dialogue avec celle-ci : « Qu'est-ce que t'as ? Tu causes ? ».** Le médecin ne réagit pas tout de suite car il est absorbé par le dossier. Ce n'est que lorsque le bébé est face à lui, dans la poussette, qu'il constate avec humour : **« Là, oui, ça y est, tu me causes maintenant ?! J't'emmerde plus donc tu me causes ? ».** **Il répétera encore avant la fin : « elle cause ! » , comme pour confirmer la normalité du langage.**

La consultation se termine en reprenant le premier thème du sommeil et du comportement la nuit, puis par la prescription des vitamines habituelles et par une demande de conseils concernant le lieu de vacances.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe bien de la vision et de l'audition. Il insiste sur le développement global de l'enfant qui lui paraît normal.

L'appréciation de la vision se fait sur l'observation du nourrisson, sur l'examen des yeux et sur l'étude de la coordination visuomotrice.

L'appréciation du langage se fait sur des questions posées à la mère, sur l'inspection des tympans et sur le comportement spontané du nourrisson.

La mère répond aux questions mais sa préoccupation principale concerne des troubles du sommeil.

Le nourrisson apporte beaucoup d'éléments spontanés : sourires, gazouillis (en fin de consultation). Il reste calme et « coopère » pendant tout l'examen (attrape un objet...).

## 7 MOIS - RESULTAT 8.

Le nourrisson est un garçon de 7 mois et 5 jours, accompagné de sa mère, qui est « mère au foyer ». Le père est sans emploi.

### DEROULEMENT

La consultation commence une fois de plus par le carnet de santé et les vaccins. Le praticien pose ensuite une question générale : « comment il va ? ». La mère parle d'abord de l'alimentation même si cela ne pose pas de problème puisque le nourrisson mange « bien ». Cependant, le médecin en profite pour parler du poids. Nous voyons ici que deux logiques s'opposent : pour la mère, le nourrisson est en bonne santé puisqu'il mange ; pour le médecin, l'excès de poids peut être néfaste. Cette différence vient peut-être aussi d'une différence culturelle puisque la famille est d'origine étrangère.

La mère continue en valorisant son fils. Elle aborde spontanément l'audition, la vision et le langage: **« et j'ai l'impression qu'il comprend bien ! Je ne vais pas dire qu'il est mieux que les autres mais j'ai l'impression qu'il est plus intelligent ! Est-ce que les autres faisaient ça aussi ?... Il est beau mon fils, hein ... L'autre jour, il a vu un chien, il a fait un geste et un bruit ! »** Par son expérience de mère (elle a quatre enfants), elle a acquis une certaine connaissance du développement de l'enfant qui lui permet de se rendre compte de « la normalité » de son fils, voire de capacités plus précoces que les autres. Elle se met cependant un peu en doute en disant : « Est-ce que les autres faisaient ça aussi ?... »

On peut se demander également si ce besoin de valorisation n'est pas une conséquence des difficultés rencontrées par le couple et par la famille, notamment la grande sœur de deux ans. Le médecin connaît bien toute la famille et fait le point sur les problèmes de santé de la mère. Il interroge auparavant sur le sommeil et sur les pleurs.

L'examen physique se passe dans un endroit dédié aux nourrissons. Ce praticien commence par les mesures de croissance puis réalise un examen général en insistant sur la motricité.

**Il inspecte ensuite les tympans (le bébé allongé reste calme) ce qui provoque des babillages qu'il remarque : « qu'est-ce que tu racontes ? T'arrête pas de parler ! ».**

**Il inspecte ensuite les yeux avec la lumière de l'otoscope (reflets cornéens ? fixation) puis teste la coordination visuomotrice avec un abaisse-langue** tout en s'adressant une fois de plus au nourrisson : « qu'est-ce que t'en penses de mon bâton ? » Il examine ensuite la cavité buccale puis injecte les vaccins.

En remplissant le carnet de santé et bien que les remarques de la mère et les constatations lors de l'examen soient normales, le médecin pose littéralement les questions inscrites : **« il réagit bien au bruit ? A la voix ? »** ; peut-être dans un souci d'objectivité et de précision.

Il demande ensuite à la mère de stimuler la motricité de son fils. Celle-ci ne semble pas avoir remarqué ce léger « retard » ; par opposition à la compréhension et au langage qui lui semblent précoces. Le praticien continue ensuite la prise en charge globale du patient et de sa famille avec la

préparation des vacances (vaccinations et prescriptions). La mère évoque le frère mais le médecin doit mettre un terme à la consultation (il est déjà 19h et il a 45 minutes de retard) et lui demande de prendre un autre rendez-vous.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

C'est ici la mère qui évoque en premier la vision, l'audition et le langage avec des éléments valorisants son fils. Elle est mère de quatre enfants ce qui peut expliquer qu'elle soit sensibilisée au développement sensoriel.

Le médecin se préoccupe aussi de la vision et de l'audition bien que l'âge du nourrisson ne corresponde pas à un dépistage formalisé des troubles sensoriels.

L'appréciation de la vision se fait sur les constatations de la mère, sur un examen des yeux partiel et sur la recherche de coordination visuomotrice.

L'appréciation de l'audition se fait aussi sur les constatations de la mère, sur l'inspection des tympans, sur les questions du carnet de santé par le médecin et sur le babillage du nourrisson.

Le nourrisson est calme et coopérant pendant tout l'examen. Il babille spontanément.

On note que le médecin semble préoccupé par le poids (qu'il évoque au début et à la fin de la consultation) et par le manque de tonus du nourrisson (conseils donnés à la mère). Il s'inquiète aussi de la situation familiale et de la santé de chacun.

---

## **9 MOIS - RESULTAT 1.**

Le nourrisson est une fille de 9 mois et 26 jours, accompagnée de sa mère, infirmière de nuit.

### **DEROULEMENT**

L'enfant est calme, installée sur les genoux de sa mère. Le médecin inscrit d'emblée son intervention du jour dans la continuité d'un suivi : il demande d'abord le carnet de santé, notifie qu'il s'agit de l'examen du neuvième mois, rappelle la précédente consultation avec sa collègue (ce qui est l'occasion d'une discussion sur le transit) puis s'enquiert des acquisitions survenues depuis sa dernière rencontre.

Il pose une question ouverte, « alors, qu'est-ce qu'elle fait de nouveau depuis la dernière fois ? », qui permet à la mère de s'exprimer spontanément. Elle commence par parler des déplacements puis évoque le langage et l'audition: « **Elle répète des syllabes, dit « dada » (...). Elle réagit pas à son prénom mais c'est parce qu'on l'appelle par un surnom.** » Nous remarquons que la mère reprend ainsi les items du carnet de santé.

**Le nourrisson se met justement à babiller**, ce que remarque le médecin qui s'adresse alors directement à l'enfant considéré comme un sujet : « **Tu t'exprimes, hein !** » Par l'observation, il remarque également que l'enfant se tient debout. Il questionne ensuite sur la peur de l'étranger. La mère est suffisamment à l'aise pour parler du comportement de sa fille, qui la met peut-être en difficulté. Elle dit notamment : « Elle a son caractère ! (...) » et plus tard, explique que sa fille pleure toujours la nuit et vomit quand elle s'énerve.

La mère donne de nouveau une information spontanée, orientée par le carnet de santé : « **Elle montre du doigt** » ; ce qui renseigne sur les capacités visuelles mais peut aussi s'interpréter comme venant d'une infirmière capable de décrypter les items du carnet comme la proclamation de la normalité de son enfant.

Le médecin, revient à un interrogatoire systématique en se préoccupant de l'alimentation (ce qui est l'occasion d'apprendre que la petite fille a deux dents), puis, du développement en posant une question du carnet de santé : « **Elle joue à « coucou, le voilà » ?** » La mère acquiesce et propose de nouveau une information non sollicitée sur le langage : « Elle met des chapeaux... **et dit « chapeaux »** ». Ceci témoigne soit du climat de confiance de la consultation, soit de la confiance de cette mère en ses capacités maternelles (ou les deux), mais qui est peut-être « malmenée » par le comportement de sa fille.

Le praticien questionne ensuite sur le sommeil puis évoque un vaccin à faire et enfin prend des nouvelles du frère de quatre ans. Il s'inscrit bien dans le rôle du médecin de famille et se préoccupe ainsi du contexte dans lequel évolue l'enfant.

Le nourrisson est ensuite installé sur la table d'examen et déshabillé partiellement. Le médecin commence alors un examen systématique, appareil par appareil (dont le sensoriel) avec un enchaînement logique des gestes.

**Le praticien éteint la lumière (ce qui témoigne de son souci de réunir des conditions optimales pour tester la vision) et tend un objet coloré à l'enfant. Le nourrisson saisit l'objet** ce qui nous renseigne à la fois sur ses capacités visuomotrices, sur sa réaction à une offre par un étranger et ses capacités de préhension (pince pouce-index). Le praticien restitue son observation à la mère, comme pour la rassurer : « elle a une bonne coordination des gestes ».

Il poursuit son examen sensoriel en posant une question du carnet sur l'audition, « **au niveau de l'audition, elle réagit bien aux bruits hors de sa vue ?** », à laquelle la mère répond positivement. Le médecin inspecte ensuite les fesses ; la mère s'inquiète de craquement des articulations. **Le téléphone sonne dans la pièce voisine et le médecin semble noter une réaction de l'enfant qui est allongée.** L'attention constante portée sur l'enfant et la survenue d'un événement inopiné est source d'information.

**Le praticien inspecte ensuite les yeux avec la lumière de l'otoscope (reflets cornéens) puis étudie la fixation et la poursuite oculaire. Il réalise facilement l'occlusion alternée avec la main car l'enfant est calme.** De nouveau, l'examen de l'audition suit celle des yeux. **Il inspecte les tympans** (l'enfant se laisse faire). La mère rappelle une difficulté passée : « la dernière fois, elle avait un bouchon de cérumen » mais le médecin la rassure.

Il continue avec la cavité buccale et les dents ; ce qui lui fait penser à demander si le nourrisson porte les objets à la bouche, puis il reparle du frère.

La suite de la consultation donne à voir les fonctions de prévention assurées par ce médecin et son souci d'information (sur le vaccin par exemple) : croissance mesurée, courbes réalisées, vaccination faite (la mère pense à donner au nourrisson son doudou), remplissage du carnet et du certificat des neuf mois (recherche de facteurs de risque de saturnisme). Les prescriptions sont faites. L'alimentation est de nouveau évoquée.

Les inquiétudes de la mère portent sur l'entourage de l'enfant avec une épidémie de varicelle et la contamination possible du grand frère puis sur des résultats d'un examen la concernant. Le contexte de rendez-vous et de médecine à l'acte obligent le médecin à proposer une nouvelle consultation pour en discuter.

La parole brève mais positive de fin de consultation, « elle grandit bien », permet au médecin d'affirmer son rôle de témoin bienveillant et de point d'appui qui valide cette mère dans sa fonction maternelle et qui lui offre la possibilité d'un recours dans la confiance sans crainte de jugement en cas de souci ultérieur.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin et la mère semblent se préoccuper du dépistage sensoriel.

Le médecin se soucie des conditions optimales de consultation et s'adresse directement au nourrisson. Il explore bien la vision et l'audition.

L'appréciation de la vision correspond aux items du carnet de santé à l'examen du neuvième mois : soit donnés spontanément par la mère, soit recherchés par l'interrogatoire ou par l'examen physique. L'examen des yeux est détaillé, facilité par le comportement calme du nourrisson.

L'appréciation de l'audition se fait sur les informations spontanées données par la mère (concernant le langage), sur les babillages spontanés de l'enfant, sur la question du carnet concernant l'audition, sur l'inspection des tympans et sur la réaction à un bruit inattendu. Il n'y a cependant pas de réaction au bruit recherchée rigoureusement.

Le nourrisson donne des informations spontanées et observables et coopère lors de l'examen.

La mère semble attentive au développement de son nourrisson, notamment sensoriel, (elle a bien intégré les items du carnet dans son observation), peut-être sensibilisée par son métier d'infirmière.

## 9 MOIS - RESULTAT 2.

Le nourrisson est un garçon de 9 mois et 8 jours, accompagné de sa mère qui travaille dans une cuisine collective (après 3 changements).

### DEROULEMENT

On note que le médecin initie la consultation de la même façon que dans la première observation (il s'agit du même médecin) : il rappelle qu'il s'agit de la consultation du neuvième mois ; revient sur la consultation précédente ; puis pose une question ouverte sur les acquisitions (« qu'est-ce qu'il a appris à faire ? »).

Dans ce cas, par contre, la mère ne comprend pas que cette question lui est adressée. Elle semble remettre tout le savoir au médecin et même précisément à l'examen clinique (« Ah, c'est à moi de répondre ? (...) je pensais que vous alliez l'examiner »). Peut-être manque-t-elle de confiance en elle en tant que mère. On note qu'elle a une profession éloignée du milieu médical (contrairement à la mère infirmière) avec peut-être une précarité économique (« elle a changé trois fois cette année »).

Cependant, elle répond précisément au médecin et **évoque spontanément le langage à deux reprises : « il dit merci, au revoir » puis « il dit : « papa », « maman » » et souligne deux fois : « c'est une piplette ! »** ce qui semble être une source d'amusement et de fierté.

Elle parle aussi des déplacements. Le médecin questionne sur le tonus, demande des précisions sur les déplacements et sur la peur de l'étranger puis ils passent en salle d'examen. On note que **l'enfant est souriant ce qui est confirmé par la mère : « Il est plutôt souriant »**

Le médecin questionne sur le sommeil **puis teste la coordination visuomotrice et la préhension (pince pouce-index): il tend un objet au nourrisson. Comme ce dernier ne le prend pas, le médecin propose deux abaisse-langues que l'enfant saisit dans chaque main.** Il y a donc une stratégie d'adaptation du médecin qui met tout en œuvre pour réaliser les tests obligatoires du carnet de santé.

Le médecin pose ensuite une question du carnet (**il pointe du doigt ?**) et observe bien l'enfant (comportement, tonus, lésion sur le crâne) avant de poursuivre avec l'examen cardiopulmonaire.

Il pose ensuite **les questions du carnet de santé sur l'audition (« Est-ce qu'il entend bien ? Il réagit à son prénom, se retourne sur un bruit ? »)**. Il ne continue pas tout de suite avec l'audition mais poursuit sa logique d'examen appareil par appareil tout en demandant des nouvelles du frère aîné.

**Il réalise ensuite des tests visuels et examine les tympans. Il prend l'otoscope et, avec la lumière, inspecte les yeux et étudie les reflets cornéens, la fixation et la poursuite oculaire. Il réalise ensuite une occlusion alternée avec la main.** On note que le nourrisson reste calme et coopérant ce qui montre la confiance qu'il accorde au médecin (et probablement la confiance qui existe entre les trois protagonistes). La cavité buccale est inspectée avant les tympans.

La mère s'inquiète de la croissance statur pondérale. Le médecin lui « répond » implicitement en mesurant périmètre crânien, taille et poids ; tout en notant **la réaction du nourrisson à un bruit qui**

**n'a cependant pas été fait intentionnellement (avec le mètre qui se rembobine).** Nous voyons que ce médecin reste très attentif tout au long de l'examen et que l'observation a une place très importante dans l'examen du nourrisson. **Cependant, le mètre n'était peut-être pas tout à fait hors de la vue de l'enfant.**

Le praticien restitue le résultat de son examen concernant le domaine sensoriel (« **C'est bien, tout parfait !** » ; « **les yeux c'est tout bien, l'audition c'est bien** »...) mais aussi concernant la croissance générale de l'enfant en donnant des explications à la mère. Cela montre une volonté de communication et peut-être une volonté de transmission du savoir dans un souci d'équilibre du pouvoir entre mère et médecin.

Le domaine de la prévention s'illustre par la vaccination (avec information sur les effets secondaires possibles), la réalisation des courbes de croissance et le calcul de l'IMC, le remplissage du carnet et du certificat du neuvième mois et par la prise en photo de la lésion du crâne (maltraitance ? accident domestique ?...).

Des questions complémentaires sont posées suite à la lecture du carnet (**« joue à coucou, le voilà ? »**).

La mère s'inquiète de la fontanelle et de la lésion. Le médecin revient sur l'alimentation et le transit et réalise les prescriptions. La fin de la consultation concerne le frère et la mère, signe d'une connaissance globale de la famille par ce médecin généraliste.

#### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin semble se soucier de la prévention et du dépistage en général.

L'appréciation de l'audition par le médecin se fait : en posant les questions du carnet de santé, en inspectant les tympans et en observant une réaction du nourrisson à un bruit qui n'est cependant pas fait intentionnellement et peut-être pas hors de la vue. Le médecin reçoit également des informations spontanées par la mère sur le langage.

Concernant la vision, il n'y a pas de questions précises sur le comportement visuel mais les questions du carnet de santé sur le développement psychomoteur sont posées. La mère parle spontanément des déplacements et des sourires.

Le médecin semble tester la vision plus rigoureusement que l'audition, peut-être parce que des informations sur la normalité du langage lui sont données spontanément.

Le dépistage sensoriel est restitué à la mère.

La mère est attentive au langage et semble se préoccuper du développement de son enfant en général (questions sur la croissance, sur la fontanelle).

Le nourrisson est coopérant et souriant mais ne parlera pas pendant l'examen.

## 9 MOIS - RESULTAT 12.

Le nourrisson est une fille de 9 mois et 3 jours, accompagnée de sa mère qui serait « prof ». Le père est technicien de maintenance.

### DEROULEMENT

Le médecin prend d'emblée le carnet et la carte vitale puis il pose une question générale à laquelle la mère répond succinctement: « E » a 9 mois. Comment va-t-elle ? ». On note que **le nourrisson est souriant.** Le médecin revient sur la dernière consultation (à six mois) puis regarde dans le carnet l'examen du neuvième mois.

Le nourrisson étant calme, bien installé face à lui (assis sur les genoux de sa mère), il décide de **tester immédiatement la vision.**

Sa remarque, « tant qu'elle est calme... », suggère que cet examen peut être difficile selon le comportement du nourrisson. Ici, il réussit à tester facilement la vision: **il étudie les reflets cornéens, les réflexes photomoteurs, la fixation et la poursuite oculaire,** grâce à une petite lampe de poche, à portée de main sur le bureau. **Il enchaîne ensuite avec la coordination visuomotrice et la recherche de la pince pouce-index grâce à un banal stylo qu'il tend à l'enfant.**

Puis, il pose différentes questions: **« elle se déplace ? (...) Elle entend bien ?** (la mère acquiesce sans autre précision) **Elle met les objets à la bouche ? (...) Elle joue à coucou (...) ? ».**

Il questionne ensuite sur l'alimentation puis il emporte le carnet en salle d'examen.

Il interroge sur les vaccins puis sur le sommeil (après examen de la fontanelle).

On note que la mère reprend le nourrisson dans ses bras pour l'auscultation cardiopulmonaire et **pour l'examen des tympans. Le médecin restitue partiellement le résultat : « c'est bien. L'autre côté? ».** On peut se demander pourquoi la question : **« est-ce qu'elle pleure beaucoup ? »** est ensuite posée. Est-ce une question sur l'audition ou sur le comportement en général ? A-t-il vu un tympan abîmé ?

S'ensuit un examen général (avec notamment **des questions sur les déplacements** et les mesures de croissance) ; conclu par : « c'est parfait ! »

De retour au bureau, le médecin note ses résultats, calcule l'IMC, réalise les courbes.

La mère pose enfin une question, concernant les croûtes de lait. Elle n'avait pas pris l'initiative d'aborder un thème jusqu'à présent, laissant tout le déroulement de la consultation sous le contrôle du médecin. Celui-ci relativise le problème et lui conseille de ne rien faire. Elle questionne ensuite sur l'altitude. Pendant ce temps, **le nourrisson, à l'aise, se met à vocaliser (« haaaaa ! »)** mais personne ne le souligne.

## INTERPRETATION SYNTHETIQUE :

Le médecin se préoccupe de la vision et de l'audition mais de façon incomplète concernant l'examen du neuvième mois.

L'appréciation de la vision se fait sur le comportement spontané du nourrisson qui sourit ; sur les questions sur les déplacements, sur un test de coordination visuomotrice et sur l'examen des yeux qui se fait dès le bureau. On remarque qu'il n'y a pas de test d'occlusion alternée.

L'appréciation de l'audition ne se fait que sur une question et sur l'inspection des tympans. Il n'y a pas de réaction au bruit recherchée lors de cette consultation ni de question sur le langage. Le nourrisson vocalise spontanément en fin de consultation.

La mère parle peu pendant la consultation, se contentant de répondre brièvement aux questions du médecin. Elle n'interroge celui-ci qu'à la fin de la consultation sur les croûtes de lait et les séjours en altitude. Cette dernière question pourrait se rapprocher d'une préoccupation concernant l'audition. La mère n'évoque pas la vision.

On note que certains tests sont manquants, pourtant le nourrisson reste calme et coopérant pendant toute la consultation. Il sourit et vocalise spontanément.

---

## **9 MOIS - RESULTAT 14.**

Le nourrisson est un garçon de 9 mois et 13 jours, accompagné de sa mère qui travaille « dans le tertiaire ». La profession du père n'est pas connue.

### DEROULEMENT

Dans cette observation, nous prenons conscience du lien très fort qui unit le médecin et ses patients, définie comme une « relation particulière » par le praticien. En effet, nous apprenons que **celui-ci suit la mère depuis le début de la grossesse** et a accompagné les parents dans l'épreuve de l'hémorragie du premier trimestre, sur une grossesse « précieuse », par fécondation in vitro. Il a également soutenu la mère plus récemment suite à une chute de l'enfant : « C'était ma première frayeur de maman ! ». D'ailleurs, la confiance accordée au médecin s'exprime dans l'acceptation du temps d'attente (malgré les rendez-vous fixés). Le retard ne pose pas problème car la mère ne « se sent pas pressée » lorsqu'elle se trouve dans le bureau et reconnaît la « qualité de la prise en charge ». Effectivement, la consultation durera vingt-sept minutes, malgré un retard de trente minutes et une prise de rendez-vous toutes les vingt minutes.

Ici, la préoccupation majeure de la mère est l'alimentation et le poids de son nourrisson. Elle a peur de lui transmettre sa propre obésité. Ce thème revient lors des trois temps de la consultation. Le

médecin la conseille et tente de la rassurer, notamment avec le calcul et le report sur la courbe de l'IMC.

Après avoir posé le thème de la consultation « c'est l'examen du neuvième mois », le médecin questionne sur les vaccins ce qui engendre une discussion sur le mode de garde.

Il pose ensuite les questions du carnet de santé. **On note qu'il « traduit » la question sur la répétition de syllabe par : « Il dit BABA, PAPA... ? ».** Il valorise la mère et renforce la confiance qui existe entre eux en m'expliquant : « tu vois madame A, elle est bien, je lui fais confiance pour les réponses car parfois, **c'est pas possible sur un examen de constater s'il parle ; pareil pour les jeux, coucou le voilà...** » Il fait évidemment référence à la difficulté de constater un élément sur le temps de la consultation.

On retrouve ensuite le problème de tester l'audition hors de la vue avec **la recherche de réaction à l'appel du prénom (le nourrisson est alors calme et souriant). Le médecin demande : « il réagit à son prénom ? » puis appelle immédiatement l'enfant : « « M » ! Mais là, il me regarde donc on le fera plus tard. »**

Le médecin poursuit avec la question **sur les déplacements** ce qui est l'occasion pour la mère de verbaliser la culpabilité ressentie suite à la chute.

Le nourrisson veut toucher à tout ce qui se trouve à sa portée. Le médecin fait une remarque positive : « en tout cas, il a envie de découvrir le monde ! » et en profite pour **tester la coordination visuomotrice et rechercher la pince pouce-index avec un trousseau de clefs ; en disant : « ça c'est un grand classique ! Il prend bien avec le pouce. »**

Le médecin aborde lui-même l'alimentation mais en notant qu'il connaît les préoccupations de la mère ; puis la peur de l'étranger.

Le nourrisson qui était calme se met à crier lors de l'allongement sur la table d'examen. Le médecin décide alors de l'examiner dans les bras de sa mère : « je suis adepte de la méthode douce ! ». Ceci illustre la nécessité de s'adapter en permanence au nourrisson pour l'examiner correctement. En milieu d'examen, le praticien teste l'audition et la vision. Nous apprenons que cela a déjà été fait auparavant : « la vision et l'audition, on va le refaire, même si ça a déjà été fait, surtout au neuvième mois. ».

Le praticien laisse l'enfant dans la position qui lui convient (debout sur la table contre sa mère) mais **qui n'est malheureusement pas hors de sa vue pour tester sa réaction au bruit : il secoue un objet et le nourrisson tourne la tête. Par contre, la réaction au prénom est interprétable puisque le nourrisson, tourné vers sa mère, se retourne vers le médecin qui l'appelle.**

Le praticien prend l'otoscope pour **inspecter les yeux (reflets cornéens, fixation) puis pour tester la poursuite oculaire et enfin pour observer les tympans.** Il tend de nouveau un objet à l'enfant, que **celui-ci saisit avec la pince pouce index,** peut-être pour l'occuper pendant l'otoscopie. On note que la préoccupation de la mère n'est pas le résultat de cet examen mais les lésions cutanées derrière les oreilles. La différence de préoccupation s'exprime pleinement dans la réponse du médecin : « ça ne me semble pas important ».

Il continue d'examiner le nourrisson en le changeant de position, **joue avec lui à « coucou, le voilà »** puis le mesure. Il permet ensuite à la mère de s'exprimer en demandant : « vous avez peur qu'il soit « fort » ? »

De retour au bureau, les courbes sont réalisées dont celle de l'IMC ; la mère pose de nouveau des questions sur l'alimentation. Le certificat du neuvième mois est rempli. En remplissant le carnet, le médecin demande **si l'enfant pointe du doigt** (ce qui avait été oublié) puis évoque les vaccins et les médicaments.

Le nourrisson pleure de nouveau lorsqu'il est installé dans la poussette. On note qu'il ne parlera pas durant la consultation.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe de l'audition et de la vision mais les tests réalisés sont parfois incomplets ou non interprétables.

L'appréciation de la vision se fait sur l'observation du comportement du nourrisson, sur les tests de coordination visuomotrice et sur l'examen des yeux. Il n'y a pas d'occlusion alternée.

L'appréciation de l'audition, se fait sur les questions du carnet de santé, sur la recherche d'une réaction au bruit et à l'appel du prénom, sur l'inspection des tympans.

La mère n'apporte pas spontanément d'élément sur la vision et l'audition. Elle est surtout préoccupée par l'alimentation et le poids de son fils : elle a peur de lui transmettre l'obésité dont elle doit souffrir physiquement et psychologiquement.

Le nourrisson est souriant, plutôt calme et coopérant pendant l'examen (sauf lorsqu'il est allongé la première fois puis réinstallé dans la poussette).

---

## **12 MOIS - RESULTAT 9.**

Le nourrisson est un garçon de 1 an et 10 jours, accompagné de sa mère, architecte. Le père est architecte.

### **DEROULEMENT**

Le médecin réclame le carnet et la carte vitale. La première préoccupation de la mère est de savoir si le praticien accepte de suivre l'enfant qu'il n'a vu qu'une fois. Elle semble vouloir officialiser cette passation entre le pédiatre (qui n'exerce plus) et le médecin généraliste et réaffirme ainsi la confiance qu'elle accorde à ce dernier : on peut penser que la consultation et la prise en charge dont il a bénéficié « en urgence » lors d'une otite, a convenu aux parents.

La mère s'interroge ensuite sur les vaccins. C'est l'occasion pour le médecin qui n'a pas suivi le développement de cet enfant **de reprendre les antécédents** (méga-uretère et deux pyélonéphrites).

La mère est en demande de réassurance par rapport à l'arrêt de l'antibiothérapie au long cours. Elle cherche aussi à apprendre les signes de pyélonéphrite. Le médecin joue alors son rôle « d'éducateur ». Ceci permettra une meilleure prise en charge du patient et une plus grande autonomie (par l'intermédiaire de sa mère). **On note que certains antibiotiques peuvent altérer l'audition.**

C'est par le carnet de santé que le praticien obtient une information importante : **entre neuf et douze mois, l'enfant a bénéficié d'une consultation avec l'ophtalmologiste. Il interroge la mère : « A l'examen des neuf mois, il y avait un doute ? » Celle-ci répond : « Oui, il a été vu par la remplaçante du pédiatre et elle a eu un doute sur un strabisme donc on a vu l'ophtalmo mais en fait, il n'y a rien. »** On remarque que la mère restitue bien le contexte et le résultat.

Le médecin poursuit son interrogatoire par l'alimentation et le développement psychomoteur du nourrisson qu'il peut constater en temps réel : « en tout cas, il a envie de découvrir ! ». En effet, **l'enfant se déplace avec aisance et touche tous les objets qui l'entourent.**

Le praticien poursuit son examen après avoir pesé l'enfant. Ce n'est qu'à la fin de l'examen clinique, après que celui-ci soit partiellement rhabillé, **qu'il interroge sur l'audition** (peut-être pour se mettre dans de meilleures conditions). C'est en toute logique qu'il commence par questionner sur **les antécédents familiaux de surdité** puisqu'il ne « suivait » pas le nourrisson auparavant. **A l'évocation de l'otite par la mère, il examine les tympans puis poursuit en interrogeant sur la réaction au prénom « Et il réagit bien à son nom ? » et sur la répétition de syllabes : « Il commence à répéter des syllabes ? A dire baba... ? » La mère répond positivement.**

Il demande ensuite à la mère de s'asseoir sur la table d'examen avec son nourrisson sur les genoux, **pour rechercher un réflexe d'orientation investigation mais il se heurte à la difficulté de voir la réaction de l'enfant sans être vu de lui : le praticien se positionne derrière eux et agite un jouet mais la table est trop haute et il est obligé de se pencher pour voir l'enfant. Celui-ci se tourne vers lui. Le médecin constate : « Il me voit... »**

Il essaie **ensuite d'observer les yeux du nourrisson à travers une structure géométrique** mais se heurte cette fois au manque de coopération de l'enfant. **Il tente alors de capter son attention avec un jouet (un mouton). L'enfant le saisit, ce qui renseigne sur ses capacités visuomotrices et de préhension mais ne permet pas de réaliser un examen des yeux de face.** Cependant, cela déclenche **un mot de la part de l'enfant** que la mère « traduit » : « il est en train de vous dire que c'est un cochon ! ».

**Le médecin essaie de réaliser une occlusion alternée avec la main mais le nourrisson tourne la tête. Le praticien constate : « Effectivement, c'est difficile ! ».** La mère ne fait pas de commentaire mais s'inquiète plutôt du mode de garde.

De retour au bureau, le médecin s'intéresse à la croissance. Il calcule l'IMC et enchaîne logiquement avec l'alimentation. Puis il revient sur le mode de garde.

La mère termine par un des premiers thèmes abordés qui la préoccupe beaucoup : les signes de pyélonéphrite et surtout la fin de la surveillance qui semble représenter la fin de son angoisse.

## INTERPRETATION SYNTHETIQUE :

Le médecin se préoccupe de la vision et de l'audition bien que l'âge de l'enfant ne corresponde pas à un dépistage formalisé des troubles sensoriels.

Ce n'est que la deuxième rencontre entre le praticien et le nourrisson, ce qui le rend peut-être plus attentif à l'examen et aux antécédents de l'enfant.

La mère est préoccupée par la pathologie chronique de son fils et par les signes de complications aiguës qui peuvent apparaître. Elle restitue très bien le dépistage visuel dont il a bénéficié avec l'ophtalmologiste. Elle n'évoque pas spontanément le langage mais est attentive à ce que dit son enfant lors de l'examen.

Bien que le nourrisson ait déjà consulté l'ophtalmologiste, le médecin essaie de tester la vision mais se heurte à l'opposition de l'enfant. Son comportement spontané apporte des informations pertinentes.

L'appréciation de l'audition se fait sur la recherche des antécédents familiaux de surdité, sur les questions habituelles du carnet de santé, sur la recherche d'une réaction au bruit qui n'est malheureusement pas interprétable et sur l'inspection des tympans par le médecin. La mère signale une otite et le nourrisson dit un mot sur sollicitation. On note que ses antécédents personnels peuvent aussi influencer sur son audition par le biais des traitements.

Le nourrisson est calme ; se déplace et joue spontanément ; dit un mot lorsqu'on lui tend un jouet. Il est cependant opposant lors du test visuel.

---

## **12 MOIS - RESULTAT 11.**

Le nourrisson est une fille de un an et onze jours, accompagnée de sa mère, infirmière de nuit dans la maison de retraite de la ville. Le médecin sait que le père est le fils d'une des secrétaires du cabinet mais ne le connaît pas.

### DEROULEMENT

Immédiatement après l'échange de la carte vitale et du carnet de santé, **le médecin donne une voiture au nourrisson. Ce geste permet de mettre celui-ci en confiance, de tester sa coordination oculomotrice et sa motricité fine** et de le faire patienter pendant que le médecin s'adresse à la mère. On note que la question ouverte « comment ça va ? » déclenche une discussion sur le traitement anti-asthmatique que les parents ont décidé de reprendre. La mère (infirmière) en explique les raisons et le médecin donne son approbation. Il soutient ainsi les parents dans leur prise d'initiative et leur laisse l'autonomie recherchée dans la gestion de l'asthme.

On remarque que **le médecin s'adresse ensuite directement au nourrisson en lui demandant : « qu'est-ce que tu fais de nouveau ? », comme il le fera ensuite avec la question : « qu'est-ce que tu dis ? ».** L'âge de l'enfant (douze mois) permet peut-être de s'adresser plus facilement à lui et d'en faire un véritable acteur de la consultation. Cependant, c'est évidemment la mère qui répond et qui s'oriente d'abord sur la motricité **avec les déplacements**. Le médecin interroge ensuite sur l'alimentation et le sommeil.

Lors de l'installation sur la table d'examen, le nourrisson n'est pas allongé mais bien assis entre sa mère et le médecin : une position qui paraît, là encore, plus « active ».

Le premier thème abordé par le médecin est le langage avec une question ouverte : **« qu'est-ce que tu dis ? » La mère répond : « elle dit « maman » » ; et précise : « mais elle dit pas «papa » ».**

Le praticien ne répond pas et **inspecte les yeux du nourrisson avec une lampe. Il semble étudier les reflets cornéens. Il examine ensuite la fixation binoculaire et la poursuite oculaire puis donne de nouveau une voiture à l'enfant,** le temps d'interroger la mère sur **la permanence de l'objet** puis sur l'alimentation et le mode de garde. Il poursuit ensuite son examen général puis pèse l'enfant. Le nourrisson devient alors acteur à part entière **en me montrant du doigt** (ma présence doit l'intriguer!). Sa mère semble gênée et lui demande de ne pas le faire. Le médecin explique que cela fait partie de son développement et que ce n'est pas « impoli ».

Il continue ensuite son examen **puis inspecte les tympans en restituant le résultat : « c'est bien. » ; «impecc' ».**

**Le médecin recherche alors une réaction au bruit de façon originale (et personnelle ?). Il résout ainsi le problème de voir l'enfant sans être vu en agitant deux boîtes identiques en apparence (une dans chaque main) tout en écartant les bras. Le nourrisson se tourne vers celle qui fait du bruit. Il échange ensuite les boîtes hors de sa vue et refait le test. Le nourrisson se tourne bien de l'autre côté.** On comprend alors que ce test a été réalisé par le médecin en ayant pleinement conscience des antécédents de l'enfant puisqu'il interroge la mère sur le « réseau » ce qui nous apprend que **le nourrisson était prématuré (à 36 SA).**

A l'évocation du poids, de nouvelles questions sont posées sur l'alimentation puis les vaccins sont injectés.

De retour au bureau, le médecin poursuit dans sa logique d'examen **et demande si l'enfant a déjà vu un ophtalmologiste en raison des antécédents de prématurité.** Ce n'est pas le cas : il semble donc que la mère n'en ait pas été informée à la maternité ni depuis la naissance. **Le médecin recherche alors les antécédents familiaux : «et vous portez des lunettes ? » La mère répond : «« F » (le père), oui. »** Le médecin incite alors la mère à prendre rendez-vous : **«ce serait bien d'aller en voir un à cause de ses antécédents et parce qu'il fera un examen plus fin que moi pour le strabisme. »**

On note que le médecin tutoie la mère qui est peut-être une collègue de travail (elle est infirmière en maison de retraite). La consultation se poursuit avec le remplissage du carnet de santé. Cependant, les questions concernant la prématurité ont déclenché une inquiétude de la mère concernant la croissance de sa fille. On remarque que cette inquiétude ne porte pas sur le développement psychomoteur ni sur l'audition et le langage. Le praticien répond en réalisant et en expliquant les courbes de croissance. La mère parle ensuite des vaccins puis de l'asthme. A ce moment, **le nourrisson, probablement en confiance, se met à parler (répétitions de syllabes : « babababa »)**

mais personne ne le « remarque ». Il réalise ensuite **des mimiques** que la mère interprète comme « des bisous de lapin ». Peut-être a-t-il compris que la consultation se finissait ou peut-être veut-il y mettre un terme (?!). **La mère pense alors à dire « elle fait au revoir aussi ».**

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe de la vision et de l'audition bien que l'âge de l'enfant ne corresponde pas à un dépistage formalisé des troubles sensoriels.

L'appréciation de la vision se fait par le médecin en testant la coordination visuomotrice (à deux reprises) sous forme ludique, en examinant les yeux, sur l'observation du nourrisson qui montre spontanément du doigt et fait des mimiques (évoquées aussi par la mère) et enfin sur la recherche des antécédents familiaux et personnels.

L'appréciation de l'audition se fait par une question ouverte sur le langage, par l'inspection des tympanes, par la recherche d'une réaction au bruit, par la connaissance des antécédents de prématurité et par l'observation du nourrisson. Le fait de réaliser un test de réaction au bruit de façon personnelle montre l'intérêt de ce médecin pour le dépistage auditif.

La mère ne semble pas consciente de l'influence de la prématurité sur la vision et l'audition mais il est vrai qu'il s'agissait d'une prématurité à 36 semaines.

Elle s'inquiète plutôt de l'asthme et de la croissance staturopondérale. Elle n'évoque les mimiques et gestes de sa fille que suite au comportement de celle-ci.

Le nourrisson est confiant et coopérant durant tout l'examen. Il montre du doigt, fait des mimiques et parle spontanément.

---

## **12 MOIS - RESULTAT 27.**

Le nourrisson est un garçon de 12 mois, accompagné de sa mère, étudiante infirmière. La profession du père n'est pas connue.

### **DEROULEMENT**

Dès la salle d'attente, le médecin constate que **l'enfant sourit beaucoup**, ce qui l'incite à lui parler. **!! le salue par son prénom en disant : « Coucou « L » ! Alors t'as la patate ?! »** Cette phrase, de tournure familière, peut amuser l'enfant et le mettre en confiance.

Après l'installation au bureau (la mère a donné le carnet de santé et les vaccins), c'est vers la mère que le médecin se tourne en premier pour connaître des résultats d'examen, bien que ce ne soit pas le motif de consultation. La mère en profite pour poser quelques questions à ce sujet ; puis, le praticien recentre l'attention sur le nourrisson en annonçant clairement le thème de la consultation :

« donc c'est la visite des un an ! ». On remarque que **l'enfant est toujours très calme et souriant**, probablement content d'être sur les genoux de sa mère et se sentant en confiance. Nous apprendrons en effet qu'elle vient de le récupérer à la crèche. **L'enfant sourit et me regarde** mais je ne peux lui parler pour ne pas interférer dans la consultation et je me contente de lui sourire. La mère fait une remarque à son fils : « T'es coquin ! ».

Elle l'installe ensuite sur la table d'examen, sur le matelas pour nourrisson et s'excuse car elle ne le trouve pas très propre à la sortie de la crèche. Le médecin répond alors au téléphone. Avant d'examiner l'enfant, le médecin demande s'il n'est pas malade probablement à cause du contexte saisonnier (nous sommes en octobre). Le nourrisson est allongé et se met à pleurer légèrement quand le praticien ausculte son cœur. Cependant, il s'arrête très vite. On remarque qu'il a son doudou à disposition. **Il parle alors spontanément et dit : « chat ? »**, ce qu'il répètera encore deux fois au cours de la consultation. Il est amusant de voir qu'il insiste sur ce mot, qu'il vient peut-être d'apprendre alors que sa mère essaie à tout prix de lui expliquer qu'il n'y a pas de chat. On peut aussi se demander si ce son n'a pas une autre signification pour lui. Le médecin ne relève pas ce que dit l'enfant et poursuit sa logique d'examen avec des questions sur le transit, l'alimentation puis ausculte ses poumons en position assise. Le nourrisson dit **de nouveau « chat »**, sa mère lui répondant : « non, il n'y a pas de chat ici. »

L'enfant est allongé, **le médecin prend l'otoscope et étudie les reflets cornéens**. C'est encore l'occasion pour l'enfant de tester son nouveau mot : **« chat ? »**. La mère répond de nouveau, avec un peu plus d'explications: « non, c'est une lumière, ce n'est pas un chat. Tout n'est pas un chat ! » **Le médecin poursuit avec l'inspection des tympan**: le nourrisson toujours allongé reste calme. Il n'y a pas de restitution des résultats. La séquence de l'otoscope se termine par l'examen de la cavité buccale. L'enfant est ensuite mesuré (taille et périmètre crânien). Lorsqu'il est assis, tout nu, sur la balance, il se met à pleurer. Le médecin profite du rhabillage pour noter les mesures dans le carnet.

**Le nourrisson parle encore spontanément en répétant une syllabe (« BABABA... »)** Personne ne le remarque. Le médecin demande à la mère de chanter une chanson pour détourner l'attention du nourrisson des vaccins. L'enfant pleure quand même un peu.

Après avoir rhabillé son enfant, **la mère s'arrête devant les optotypes** et prend le temps de les lui montrer et de les nommer, en expliquant qu'il n'y a pas de chat. Elle lui expliquera plus tard que son « doudou » est un lapin, alors que **son fils continuera ses « bababababa »**. Le médecin continue à remplir le carnet avec les vaccinations, il évoque alors la visite des deux ans puis s'occupe des prescriptions. Il demande seulement à la fin (oubli ?): **« Il marche à quatre pattes le vôtre ? »**. On ne sait pas si « le vôtre » fait référence à un autre enfant de la patientèle ou à l'enfant du médecin. Le praticien conclue par « il est en pleine forme ».

## INTERPRETATION SYNTHETIQUE :

Le nourrisson semble bien à l'aise ; il est plutôt coopérant et très souriant. Il parle à plusieurs reprises spontanément mais personne ne fait de remarque à ce sujet.

Le médecin ne pose pas de question sur l'audition ou le langage. On ne sait pas s'il intègre ce que dit l'enfant sans faire de remarque. Il n'y a pas de question concernant la vision. L'examen sensoriel se résume à une inspection des reflets cornéens et des tympanes.

La mère semble plus attentive. Elle répond à son fils, lui explique les différences de mots, lui montre les optotypes.

On peut penser que le médecin a toute confiance en la mère, qui est étudiante infirmière, pour lui signaler un éventuel problème. Sa phrase de conclusion montre qu'il intègre de façon globale la normalité du développement de l'enfant.

---

## **12 MOIS - RESULTAT 16.**

Le nourrisson est une fille de 13 mois accompagnée de sa mère qui serait secrétaire. Le père « a des horaires décalés », il serait dans « la sécurité ».

### DEROULEMENT

La mère donne spontanément le carnet de santé et la carte vitale pour initier la consultation.

La première phrase du médecin est adressée à l'enfant : il le salue et l'appelle par son prénom ce qui en fait une personne à part entière et un acteur de la consultation. Le but du praticien semble plus de mettre l'enfant en confiance que de tester sa réaction à l'appel du prénom (qui n'est pas fait hors de sa vue).

La mère annonce d'emblée qu'elle n'a pas amené les vaccins en raison d'une otite et de la prise d'antibiotiques. Elle semble habituée à cette situation ce qui lui permet de prendre cette décision sans avis du médecin.

Le médecin se tourne d'abord vers le dossier informatique pour avoir d'autres renseignements puis questionne la mère. L'enfant prend également un traitement anti-asthmatique et le diagnostic de l'otite a été fait par le pneumologue.

Le praticien énonce ensuite clairement le thème de la consultation comme pour se concentrer, peut-être en raison de la fatigue : il est 19H45 et le médecin a 45 minutes de retard suite à 44 consultations. Il pose une série de questions concernant, dans l'ordre : l'alimentation, le sommeil (perturbé en cas d'otite), la motricité (le déplacement à quatre pattes est évoqué par la mère) puis le langage. Les réponses sont notées au fur et à mesure dans le carnet. Le pronom utilisé par la mère : « ses » [otites], suggère une répétition des épisodes, une certaine habitude de la mère et une sorte de définition de l'enfant par ses problèmes de santé. Le médecin ne relève pas tout de suite et poursuit son interrogatoire systématique.

**Il demande : « le langage autrement, je jargonne ? Dans ma langue à moi ? » La réponse de la mère étant très courte, il relance, sans plus de succès: « oui, vous sentez des intonations ? » ; puis questionne sur la répétition de syllabes : « Elle essaie de répéter ? Elle dit papa ? Mama ? ». La mère répond juste par l'affirmative.**

Arrivée près de la table d'examen, **c'est la mère qui aborde de nouveau le thème ORL (en demandant si le médecin a reçu le compte-rendu puisque l'ORL propose la pose d'ATT)**, comme elle le fera une troisième fois **en demandant à vérifier les « oreilles »**. Cela semble être une préoccupation importante de la mère, toutefois plus sur le plan infectieux que sur le plan de l'audition et du langage. **C'est le médecin qui explique que les otites peuvent altérer celui-ci** : « Oui et puis quand on est petit, si ça dure, ça peut altérer le langage. C'est comme si elle avait du coton dans les oreilles, comme quand on se met les mains sur les oreilles. »

Le praticien commence cependant par l'auscultation du cœur et des poumons. Il respecte donc le schéma habituel (rituel) de son examen sans être perturbé par ce que dit la mère. **Ce n'est qu'à la deuxième évocation des oreilles que le médecin inspecte les tympan.**

L'enfant qui était assis sur la table (position la plus adaptée pour l'auscultation cardiopulmonaire et compte-tenu de son âge) est allongé sans problème. Le médecin restitue les résultats en les expliquant (« c'est plutôt un tympan d'otite séreuse, je pense que la phase aigüe est passée ») et en s'inquiétant des signes d'alerte de l'otite.

**L'examen des yeux suit celui des tympan. Cependant, l'inspection n'est pas possible car l'enfant semble gênée par la lumière. Cela pourrait être un signe d'alerte. De plus, la mère nous apprend que sa fille est souvent éblouie et présente un larmoiement au soleil. Elle met d'ailleurs des lunettes de protection.** On remarque que la lumière est déjà très forte dans la salle d'examen. Le praticien poursuit ensuite son examen appareil par appareil.

De retour au bureau, le médecin parle de nouveau des aérateurs en expliquant leur intérêt et la poursuite de la prise en charge. La mère ne pose pas d'autre question mais s'inquiète du traitement de l'asthme.

Le médecin prescrit les médicaments. Il réalise les courbes de croissance en précisant à la mère : « sinon, elle a une croissance régulière, harmonieuse ». Il programme les vaccinations qui ont été retardées. Jusqu'à la fin de l'examen, il reste attentif au comportement de l'enfant.

**Il s'adresse de nouveau à lui en disant : « tu chipes le sac à main ! » et : « au revoir ! ».** Devant l'absence de réaction, il questionne la mère sur le développement psychomoteur de sa fille.

#### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe de l'audition et de la vision mais son examen est gêné d'une part, par une otite, d'autre part, par le comportement de l'enfant.

Le nourrisson bénéficie déjà d'une prise en charge par l'ORL et le médecin généraliste est bien conscient que les otites à répétition peuvent altérer le langage.

La mère est préoccupée par les otites (elle aborde le thème spontanément trois fois) et par l'asthme. Elle évoque aussi la vision suite à l'examen des yeux et avait déjà acheté des lunettes de soleil. Elle est donc attentive au comportement de sa fille et consciente des méfaits du soleil. Cependant, ni la mère ni le médecin ne pensent à évoquer un trouble visuel.

Le nourrisson est plutôt calme sauf pour l'examen des yeux ce qui peut être un signe d'appel. On note qu'il est tard et qu'il souffre d'une otite et d'un encombrement pulmonaire.

---

## 14 MOIS - RESULTAT 28.

Le nourrisson est une fille de 14 mois, accompagnée de ses grands-parents (dans la salle d'attente) puis de sa mère (pendant la consultation) qui est standardiste. La profession du père n'est pas connue.

### DEROULEMENT

L'enfant est accompagnée de ses grands-parents car sa mère a « prévu » d'être un peu en retard. Le nourrisson est souriant, debout, jouant avec la boîte du vaccin. Il se met à parler dès le début comme il le fera pendant toute la consultation. Il s'agit pour l'instant de répétition de syllabes : « MAMAMAMA ».

Lorsque sa mère arrive et que les grands-parents s'en vont, le nourrisson change légèrement de comportement puisqu'il se met à pleurer dès qu'elle s'éloigne un peu de lui (le temps de s'installer).

On note que la première question est adressée à la mère : « vous allez bien ? » ; ce qui n'est pas anodin. En effet, plusieurs éléments donnent à penser que le contexte familial n'est pas facile. La mère est séparée du père de l'enfant depuis quelques mois. Elle a commencé à fumer lors de la séparation mais a arrêté depuis maintenant un mois, sous patch de nicotine. Le comportement de sa fille semble parfois lui poser problème (agitation, difficultés d'endormissement...).

La consultation est d'ailleurs prolongée de dix minutes, le temps pour la mère de rassembler ses affaires, s'habiller et habiller sa fille ; ce qui laisse à penser que la mère est fatiguée, débordée ou peut-être désorganisée. Elle ne semble pas pressée de partir. Elle évoque alors un problème de sciatgie et un frottis cervico-vaginal à faire pour lesquels le médecin lui propose de prendre un autre rendez-vous.

Cependant, à la question « vous allez bien ? », la mère répond juste « oui ».

Le médecin demande s'il s'agit d'une visite « de routine » et annonce qu'il y a des vaccins. Il s'empare du carnet mais avant toute chose, la mère demande une ordonnance de patchs de nicotine. Le médecin la valorise en soulignant les bénéfices de l'arrêt pour le bébé qui a fait des bronchiolites (même si la mère ne fumait pas encore). Puis il constate que le nourrisson marche avec aide et pose des questions sur la motricité fine.

Lorsque mère et fille se dirigent vers la table d'examen, **le médecin demande : « au niveau langage ? »**, question simple mais ouverte. **La mère développe la réponse en énumérant des mots dits par l'enfant : « elle dit « Maman », « chien », « ouah ouah »... « bateau » »**. **Le médecin semble satisfait : « oui, donc ça s'installe. »** **La réponse de la mère évoque un jargon : « oui, on comprend pas, mais... » même si les termes énoncés sont compréhensibles.**

Les trois protagonistes ont alors trois préoccupations différentes : le médecin prépare le vaccin, l'enfant est intéressée par un jeu et la mère s'inquiète du poids.

L'auscultation se déroule d'emblée dans les bras de la mère. **Le nourrisson est face au médecin et lui sourit beaucoup puis s'empare du stéthoscope. Ce n'est qu'à ce moment que le médecin s'adresse à l'enfant en validant son comportement : « Oui, c'est intéressant ! »**. Cela évoque à la mère un autre comportement qui, lui, pose problème : sa fille veut dormir avec elle.

Le praticien poursuit son examen mais l'auscultation des poumons est plus compliquée : le nourrisson bouge beaucoup dans les bras de sa mère **et parle dans son jargon**. Le médecin et la mère qualifie alors la petite fille, pour l'une de « coquine » pour l'autre de « chipie ». Par contre, **l'inspection des tympanes se déroule sans problème**. Le médecin n'en restitue pas le résultat. Le praticien poursuit avec des questions sur l'alimentation puis la mesure du périmètre crânien. Le nourrisson se débat et pleure lorsqu'il est allongé pour l'examen de la cavité buccale mais se calme vite. Après la palpation de l'abdomen, il pleure de nouveau pour la mesure de la taille. Le médecin fait alors une remarque sur son comportement : « elle est sacrément excitée ! » et la mère acquiesce : « oui, tout le temps ! »

Pendant que la mère enlève la couche, le médecin remplit le carnet et pose des questions sur le père. Le fait que les deux interlocuteurs soient éloignés à ce moment-là, nous donne l'impression qu'il s'agit d'un sujet sensible.

Le nourrisson est pesé puis le médecin se préoccupe de trouver la position la plus confortable pour la mère et la fille au moment du vaccin. **La fille parle de nouveau en utilisant son jargon : le praticien le remarque : « Bah dis donc, t'as plein de choses à me raconter ! »**.

Finalement, la mère s'assoit, le nourrisson à califourchon face à elle : **il s'amuse à allumer et à éteindre la lumière du cabinet**. Sa mère lui chante une chanson sur les bateaux. L'enfant ne réagit pas au vaccin, occupé avec l'interrupteur ! Le médecin conclue par : « et ben tout est parfait ! » **L'enfant dit alors : « bateau ... »**. Il était donc bien attentif à la chanson de sa mère.

De retour au bureau, le prochain vaccin est évoqué et les prescriptions faites. La mère est inquiète d'une possible bronchiolite et souhaite un « traitement préventif » (des huiles essentielles que le médecin lui déconseille).

L'enfant est toujours très active : elle joue et bouge beaucoup rendant son habillage difficile.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

L'enfant est très active pendant cette consultation. Elle parle d'emblée dans son jargon, répète des syllabes et dit un mot distinctement (en fin de consultation). Le médecin a d'emblée une notion de « normalité » du langage mais il pose quand même une question à la mère qui énumère une série de

termes déjà prononcés par sa fille, ce qui prouve qu'elle y est attentive. Une inspection des tympans est réalisée.

Par contre, il n'y a pas d'examen visuel a proprement dit, mais il est vrai qu'il n'y a pas d'examen spécifique à cet âge (après celui du neuvième mois). L'enfant sourit et joue beaucoup. Le médecin a probablement une vision globale du bon développement de l'enfant.

La mère semble un peu en difficulté face au comportement de son enfant.

---

## **17 MOIS - RESULTAT 22.**

Le nourrisson est un garçon de 17 mois accompagné de sa mère. Elle est coiffeuse mais ne travaille pas actuellement et souhaite faire une formation d'assistante maternelle puis d'auxiliaire de puériculture. Le père est menuisier.

### **DEROULEMENT**

Le médecin remarque d'abord les vaccins posés sur le bureau (en même temps que le carnet). La mère souligne que le nourrisson les a vus ainsi que les patchs d'anesthésiants : il doit donc appréhender la consultation et sera sûrement opposant (inquiétude induite par le comportement maternel).

C'est effectivement ce qui se passe dès qu'il est assis sur le matelas à langer. Il pleure ou reste agité pendant toute la consultation malgré les tentatives de sa mère et du médecin pour le calmer. On remarque que le médecin essaie de le mettre en confiance dès le début en le saluant par son prénom puis en essayant de le consoler, allant même jusqu'à l'embrasser. Il lui tient aussi la main pour l'emmener vers la toise murale. Cette relation presque maternelle s'explique peut-être par le fait de suivre sa famille depuis quatre générations : depuis ses arrières- grands-parents.

Le praticien débute la consultation par une question ouverte : « ça va ? » à laquelle la mère répond simplement : « oui ». Puis, le médecin s'enquière de celle-ci. Elle explique ses projets professionnels : nous ne sommes pas dans le domaine purement médical mais bien dans une appréciation globale du patient dans son contexte social.

Des questions simples sont posées sur l'alimentation et le sommeil puis le mode de garde.

Le nourrisson est ensuite assis sur un matelas adapté et se met à pleurer et à s'agiter. Il est pesé mais le médecin a des difficultés à le mesurer. Il examine alors les organes génitaux externes puis mesure le périmètre crânien.

Le praticien prend ensuite **l'otoscope pour examiner les yeux : il semble centrer la lumière entre les deux yeux et donc étudier les reflets cornéens et la fixation binoculaire.** Comme l'enfant crie, il en profite pour examiner la cavité buccale (et les dents) puis **il inspecte les tympans** : on note que le nourrisson pleure mais ne nécessite pas de contention.

Il continue son examen puis va mesurer l'enfant avec une toise murale : le fait d'être debout et non plus allongé est plus rassurant pour l'enfant.

Des questions sont posées à la mère sur l'alimentation puis les vaccins sont injectés.

**L'enfant se met alors à parler spontanément en disant « doudou ! » à sa mère.** Le médecin ne réagit pas à ce terme mais continue par les prescriptions de médicaments.

De retour au bureau, les courbes de croissance sont faites et expliquées ; le médecin parle des dents, de la marche, **« Il marche bien ? (...) Il ne tombe pas trop ? (...) »**, de la motricité fine. L'enfant est assis sur les genoux de sa mère qui n'a pas encore remis ses chaussures.

**Il dit alors, spontanément, plus ou moins correctement : « Chaussures ! »** ce qui déclenche une question du médecin : **« Il commence à faire des phrases ? »** La mère explique : **« Oui, il dit « Papa, Maman » puis il dit sa phrase. »**

En fin de consultation, **elle incite son fils à dire « merci » mais celui-ci, dit judicieusement « au revoir » avec le geste correspondant.** Il a manifestement bien compris ce que cela signifiait et est probablement pressé de partir !

Le médecin remarque que l'enfant est sociable tout en étant méfiant envers le médecin, ce qui est normal à cet âge. Le brossage des dents et la possibilité d'une éruption suite au vaccin sont aussi évoqués par le médecin.

#### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

On peut penser que l'ancienneté de la relation conduit le médecin à être attentif au contexte, mais à relâcher sa vigilance et à faire confiance à la mère pour détecter une anomalie sensorielle. Son appréciation globale en partie intuitive et en partie appuyée sur des constats cliniques formalisés (remarques sur les marques de socialisation de l'enfant) lui permet sans doute de penser qu'il n'y a pas d'anomalie instrumentale. Sa proximité avec la famille lui interdit peut-être aussi de penser la possibilité d'une anomalie.

La mère est attentive au langage puisqu'elle ajoute des précisions sur ce que dit son enfant. Elle l'incite aussi à parler. On note qu'elle souhaite devenir auxiliaire de puériculture ce qui l'incite peut-être à être plus attentive au développement de l'enfant. Néanmoins, elle n'évoque pas la vision.

Le nourrisson est opposant durant toute la consultation (ce qui est en rapport avec son âge) et rend l'examen difficile. Par contre, il parle spontanément ce qui est à l'origine de questions de la part du médecin.

---

## **18 MOIS - RESULTAT 21.**

Le nourrisson est un garçon de 18 mois accompagné de sa mère et de deux enfants : sa sœur de 6 ans et un autre petit garçon (son frère ?) d'environ 4 ans.

La mère est assistante maternelle. Le père n'est pas connu du médecin.

## DEROULEMENT

La consultation ne commence pas tout de suite par le nourrisson mais par la mère puis la sœur. Le lien entre ces trois consultations est la vaccination comme le constate le médecin : « y'a du vaccin ! ». D'ailleurs, lorsqu'il demande à la mère, concernant le nourrisson, si tout va bien et s'il y a des soucis particuliers, celle-ci répond : « non ; c'est pour les vaccins ». Le calendrier vaccinal semble « poser » des dates régulières de consultation, en dehors des épisodes infectieux.

Le médecin vaccine donc d'abord la mère qui n'avait pas pris rendez-vous et qui n'a pas ramené son carnet de santé (elle est assistante maternelle d'où sûrement l'importance d'être bien vaccinée). Puis, il vaccine et réalise l'examen de la sœur de six ans. On note que le médecin se soucie de l'acuité visuelle et du langage.

**Le praticien s'adresse ensuite directement au nourrisson en l'appelant par son prénom** ce qui est une façon de le mettre en confiance et de l'inciter à parler. Il lui pose une question ouverte : « **« Alors « T », comment ça va ?** » à laquelle répond la mère succinctement. Le médecin précise alors : « y'a des soucis particuliers ? » La mère n'en trouve pas et évoque les vaccins. Le médecin aborde l'alimentation.

Pendant que la mère déshabille l'enfant, **le médecin pose une question précise sur le langage : « Au niveau des mots, il dit « Papa », « Maman » ? ». La mère acquiesce et ajoute : « Il dit « à table ! »... Il dit « non » ! »** ; faisant comprendre qu'il utilise bien ce mot (ce qui correspond à un stade de développement).

Le médecin enchaîne avec le développement psychomoteur **et la coordination visuomotrice en demandant : « il empile les cubes ? »**. La mère, elle, parle de la marche, sujet qui semblait l'inquiéter auparavant. Le métier de la mère en fait le témoin privilégié du développement de l'enfant ce qui lui permet probablement d'être attentive au développement de ses propres enfants.

Le praticien continue son examen par la prise de température tout en inspectant le nourrisson qui présente une éruption. Il ausculte ensuite le cœur **puis examine les tympans**. Le nourrisson, malgré son âge, reste allongé et calme pendant l'inspection. Le médecin remarque d'ailleurs son comportement deux fois pendant la consultation : « Il est tout calme, ça change ! » puis une deuxième fois : « il est calme ! ». Le praticien restitue le résultat de l'otoscopie en disant : « impecc ! »

L'examen se poursuit jusqu'aux mesures de la croissance qui semblent inquiéter le médecin. Après le vaccin, le nourrisson se met à pleurer **et dit : « Maman ! »**. **Le médecin remarque : « Ah bah t'as dit « Maman » ! Comme ça, je suis sûr que tu sais le dire ! »** Il semble satisfaisant pour lui de pouvoir réellement constater ce que dit l'enfant.

La fin de la consultation concerne les prescriptions, les prochains vaccins et le poids.

### INTERPRETATION SYNTHETIQUE :

On note que l'âge du nourrisson ne correspond pas à un dépistage formalisé auditif et visuel. Le médecin ne pose pas de question sur le comportement visuel et n'inspecte pas les yeux mais il s'intéresse à la coordination visuomotrice. Il pose une question sur le langage et inspecte les tympans.

La mère est attentive au langage car elle ajoute spontanément des mots dits par l'enfant. Elle dit consulter « pour les vaccins », comme si les consultations du nourrisson se résumaient au respect du calendrier vaccinal alors que leur objectif est avant tout de suivre l'évolution du développement de l'enfant.

Au cours de la consultation, la mère parlera aussi de la marche qui semblait la préoccuper puis s'inquiètera du poids suite aux remarques du médecin. On note que son métier lui permet sûrement d'être attentive au développement de ses enfants. Elle n'évoquera pas la vision.

L'enfant est calme et coopérant malgré son âge ; il dit un mot suite au vaccin.

---

### **19 MOIS - RESULTAT 3.**

Le nourrisson est un garçon de 19 mois, accompagné de sa mère dont la profession n'est pas connue.

#### DEROULEMENT

Dans cette observation, c'est la mère qui semble diriger la consultation. Elle informe d'emblée : « c'est pour l'examen des dix-huit mois » ; donne spontanément le carnet de santé ; raconte un épisode grave qui est maintenant « réglé » puis inonde le médecin de questions mais également d'informations pertinentes concernant l'enfant. Ceci pourrait s'interpréter comme une volonté de « prendre le pouvoir » et la succession de questions comme une façon de tester les connaissances du médecin ; cependant, il s'agissait plutôt d'une mère ayant besoin de se rassurer : contrôler le déroulement de la consultation ; observer son enfant à domicile et noter ses progrès pour s'assurer de sa normalité ; questionner pour être rassurée et calmer ses angoisses.

L'enfant, au contraire, semble très épanoui : **il est très souriant, se déplace spontanément, recherche le contact en nous regardant et en se dirigeant vers nous.**

Le médecin ne peut que répondre aux questions au fur et à mesure en essayant de rassurer la mère. **On note que ni la vision ni l'audition ne sont évoquées.**

Lors du passage en salle d'examen, les rôles s'inversent. La mère ne parle plus. Elle respecte l'examen clinique et n'ose peut-être pas interrompre le médecin pour que celui-ci reste attentif. Il emporte avec lui le carnet de santé.

**Il aborde d'emblée la motricité fine, la coordination visuomotrice et le développement psychomoteur** (profitant peut-être du calme du nourrisson qui est assis sur la table d'examen) en proposant un test ludique qui permet de mettre l'enfant en confiance : **il lui tend un cube et lui**

**propose de le mettre sur un autre cube pour faire une tour. Le praticien en profite pour inspecter les yeux (fixation binoculaire).**

Il déroule ensuite un examen physique assez complet en s'attardant sur les membres inférieurs qui inquiètent la mère.

**Enfin, il questionne la mère sur l'audition et le langage en reprenant les questions habituelles du carnet : « est-ce qu'il entend bien ? Il réagit bien aux bruits ? (...) Il parle ? Il répète des syllabes ? ». La mère ne répond que par l'affirmative ce qui ne nous indique pas ce que dit vraiment l'enfant. Le médecin examine ensuite les tympans (le nourrisson, en confiance, reste calme), puis, il teste l'audition de façon rigoureuse en se cachant derrière un paravent et en utilisant des boîtes de Moatti pour rechercher un réflexe acoutrope. Cependant, la réaction du nourrisson n'est pas franche (il est occupé à jouer). Le médecin constate : « Il réagit mais en souriant. »** Malgré la volonté du médecin et des conditions matérielles réunies, l'examen n'est pas clairement contributif.

Le médecin poursuit avec la croissance staturopondérale. Là, c'est la disposition du cabinet qui prend son importance (de même que dans le test auditif avec le paravent) **car un miroir en face de la balance induit une réaction de la mère. Elle demande à son fils de se regarder et affirme : « il a compris que c'est lui ! ». Peut-être intervient-elle à ce moment-là pour que le médecin, qui était occupé à noter les mesures, remarque ce fait (« Il se regarde dans la glace ? »).**

Le médecin fait ensuite marcher l'enfant pour répondre à l'inquiétude de la mère concernant les pieds puis ils retournent au bureau pour terminer les courbes de croissance.

La mère prend ensuite la parole pour un problème la concernant (qui était peut-être aussi la source de son angoisse).

#### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin semble se préoccuper du dépistage sensoriel même si l'âge du nourrisson ne correspond pas à un dépistage systématique et formalisé.

Il pose les questions du carnet de santé concernant l'audition et le langage, inspecte les tympans puis recherche un réflexe acoutrope hors de la vue. Cependant, il se heurte au manque de coopération de l'enfant (occupé à jouer). Ceci illustre la nécessité de répéter l'examen à différentes consultations, ce qui est rendu possible par un suivi régulier (par le même médecin ou avec un support permettant de communiquer entre médecins). On note que le nourrisson ne parle pas durant la consultation. L'appréciation de la vision se fait par l'observation de la coordination visuomotrice et de façon plus intuitive par le comportement de l'enfant.

En effet, celui-ci est souriant, nous regarde, se déplace avec aisance et se regarde dans le miroir.

La mère a besoin d'être rassurée quant au développement de son enfant, notamment sur la marche. Elle pose énormément de questions mais qui ne concernent ni l'audition ni la vision : pense-t-elle qu'il n'y a pas de problème de ce côté-là ou n'est-elle pas sensibilisée au développement sensoriel ? Cependant, c'est elle qui incite son fils à se regarder dans le miroir et qui interpelle le médecin.

## 24 MOIS - RESULTAT 23.

Le nourrisson est une fille de 23 mois et 14 jours, accompagnée de son père, qui ne travaille pas selon le médecin. La mère ne travaille pas non plus.

### DEROULEMENT

C'est ici le père qui accompagne sa fille. Nous apprenons qu'elle est la quatrième d'une fratrie de cinq enfants. Le praticien suit toute la famille, cependant il n'a vu que cinq fois la fille de 23 mois. On peut se demander si ce sont de nouveaux patients ou si la famille consulte indifféremment les différents médecins du cabinet.

Le médecin commence par nommer l'enfant puis annonce le thème de la consultation : l'examen des vingt-quatre mois et la vaccination. Ici, pour optimiser le temps de consultation, il demande d'abord au parent de la déshabiller puis réclame le carnet de santé. Pendant ce temps, le médecin pose des questions et note les réponses au fur et à mesure.

Il commence par une question ouverte, « alors, elle est en forme ? », mais restreint ensuite la réponse par une question fermée, « elle n'a pas de rhume ? », probablement en rapport avec le contexte saisonnier des autres consultations. Le praticien pose ensuite des questions succinctes sur l'alimentation et le sommeil auxquelles le père répond juste « oui ». Par contre, lorsque le médecin recherche les risques de saturnisme, le père explique le contexte du logement qui paraît insalubre.

Le praticien pose ensuite une question sur la marche puis **viennent trois questions sur le langage. D'abord, une question générale : « elle commence à parler ? ». Le père ne répond que par « oui ». Le médecin s'intéresse alors à la dénomination d'images : « Quand elle lit un livre, elle nomme les images ? ». Le père répond : « Non mais elle les montre ». L'enfant comprend donc bien. Le médecin pose alors une question en rapport avec un autre niveau de langage: « Et elle associe des syllabes ? » Le père ne répond encore que par oui.** On note que la petite fille ne parle pas du tout pendant la consultation. Le médecin remarque à plusieurs reprises que l'enfant est calme: « T'es sage toi ! » ; « Elle est mignonne, si tous les enfants étaient comme ça ! (...)».

Nous apprenons en fin de consultation qu'un des frères bénéficie d'une prise en charge orthophonique (nous ne savons pas s'il s'agit du même frère qui bénéficie d'une prise en charge au CHU pour une maladie familiale).

Les tympans sont examinés juste après l'auscultation cardiopulmonaire et la pesée : le nourrisson est directement installé sur la table en position allongée. Le médecin lui parle et lui prévient que cela « ne fait pas mal ». Il restitue les résultats au père au fur et à mesure : à droite : « C'est bien, il y a un peu de cérumen mais le tympan est clair » puis à gauche : « pas de souci ». L'enfant reste très calme. **On note que le médecin parle au nourrisson et le rassure pendant tout l'examen.**

**Il continue son examen général puis il reprend l'otoscope et centre sa lumière entre les yeux du nourrisson pour étudier les reflets cornéens et la fixation binoculaire. Il essaie ensuite de tester la poursuite oculaire en disant : « regarde la petite lumière ! ». On note que la lumière était très forte**

dans la salle d'examen ; le médecin n'ayant pas restitué les résultats, on ne sait pas si le test était interprétable.

L'examen continue avec la taille et le périmètre crânien. Le médecin retourne ensuite à son bureau pour noter les mesures dans le carnet. Il en profite pour poser d'autres questions au père sur la propreté. A l'évocation de la fratrie, le père commence à poser des questions concernant un de ses fils puis sa femme. On remarque que le médecin n'a pas encore eu les comptes rendus alors que les patients les ont déjà reçus ce qui peut être déstabilisant car il s'agit de pathologies assez graves.

Le praticien injecte ensuite le vaccin au nourrisson qui pleure peu. Puis tous reviennent au bureau. Cependant, le père n'attend pas la « conclusion » de la consultation concernant sa fille et renchérit en demandant si le médecin a rempli un dossier concernant son fils puis il insiste pour aller chez un spécialiste en raison d'une lésion du cuir chevelu. Le médecin cède et essaie de conclure la consultation en rendant le carnet de santé du nourrisson en précisant que « tout est très bien ! ». La fin de la consultation concerne la gestion d'un problème administratif.

### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Ici, une grande partie du temps de consultation est en fait « pollué » par la prise en charge de toute la famille.

Le médecin se soucie de rassurer l'enfant en lui parlant. Il se préoccupe de l'audition en posant des questions sur le langage mais sans aller au bout de sa démarche avec un manque de précision dans les réponses du père et l'absence de tests objectifs.

Il examine les yeux avec une lumière et pose des questions sur la dénomination d'images mais ne la teste pas lui-même.

On peut se demander si l'enfant n'est pas trop sage. Elle ne parle pas et il existe des antécédents familiaux de troubles du langage mais dont on ne connaît pas exactement l'origine.

Le père est probablement préoccupé par toutes les questions qu'il veut poser au médecin. Il est capable de restituer tout ce qui concerne sa famille mais ne semble pas très attentif aux conclusions de l'examen de sa fille.

## 24 MOIS - RESULTAT 31.

Le nourrisson est une fille de 23 mois, accompagnée de sa mère, interne en radiothérapie. Le père est comptable ;

### DEROULEMENT

Le médecin commence par saluer l'enfant et lui parler : « Alors « A » ? Comment ça va ? Ça fait longtemps... Oui, tu n'es plus habituée ! » C'est ce médecin qui la suit habituellement ; il la connaît donc bien. Cependant, la petite fille semble avoir peur ; peut-être parce que sa mère signale d'emblée avoir oublié le « doudou » (inquiétude induite par la mère). Celle-ci ajoute : « Sinon, ça va, elle pousse bien. » Cette phrase peut fortement influencer le médecin puisque la mère est aussi médecin. Le carnet est donné.

Le médecin demande si l'enfant marche **puis s'intéresse d'emblée au langage et à la vue avec un test de désignation d'images : il ouvre un livre devant l'enfant qui est dans les bras de sa mère mais l'enfant refuse de les montrer. Elle est plutôt intéressée par un jouet mobile et dit spontanément « chat ».** Le fait qu'elle s'exprime spontanément montre qu'elle se sent en confiance. C'est l'occasion pour la mère de signaler que **sa fille reconnaît les animaux de la ferme et associe deux mots.** Ceci est sûrement, pour elle, source de fierté et montre qu'elle connaît les « normes » de l'examen du vingt-quatrième mois (on note que le nourrisson n'a que 23 mois).

L'enfant est toujours **intéressée par le mobile et joue avec.**

Lorsque sa mère la déshabille, elle parle de nouveau spontanément **en disant : « c'est mon collant »**, ce qui est une phrase élaborée (plus qu'une association de deux mots).

Le médecin poursuit avec le développement psychomoteur et **la coordination visuomotrice en demandant : « Elle superpose des objets ? »** La mère répond en ajoutant d'autres capacités acquises par sa fille.

Il interroge ensuite sur la propreté. Lorsque la petite fille est installée sur la table, **le praticien essaie de la mettre en confiance en lui donnant un jouet (un baigneur) mais elle refuse de le prendre.** Il lui demande alors l'autorisation de l'examiner ce qui est une marque de respect.

**Il commence son examen par l'inspection des yeux avec la lumière de l'otoscope (reflets cornéens, fixation, réflexes photomoteurs ?) puis essaie de réaliser une occlusion alternée avec la main mais l'enfant bouge trop.**

Il poursuit alors son examen (cœur, poumons, peau, périmètre crânien).

Le praticien prévient ensuite l'enfant, qui est assise, **qu'il va inspecter les tympans** (elle se laisse faire) et en profite pour questionner sur l'audition : **« Elle réagit bien au bruit, à la voix ? ».** **La mère répond positivement en rajoutant : « elle a juste eu une « rhino » (...) »** ; ce qui est une abréviation utilisée entre pairs.

Le médecin continue son examen (abdomen, aires ganglionnaires) et parle d'un chat. **La petite fille répète aussitôt : « chat »**, preuve qu'elle est bien attentive à ce qui se dit. Bien qu'elle se laisse examiner, elle ne reste pas passive.

Le médecin la mesure, la pèse et inspecte le siège. Il questionne sur les vaccins puis **sur le développement psychomoteur**, la motricité **et le langage**, notamment : **« elle imite ? »**(...) **« Elle dit « oui » ou « non » ? »**. **La mère répond : « oui, elle dit « d'accord ! » »**

Le médecin demande ensuite à la mère de reprendre l'enfant dans ses bras et de s'asseoir pour le vaccin. On donne un jouet à l'enfant pendant les injections. **Elle dit : « Maman ! » puis « bobo ! »**

A la fin de la consultation, le médecin remplit le carnet de santé de santé et le certificat des 24 mois. Il se préoccupe longuement de la prévention en discutant avec la mère : des facteurs de risque de saturnisme, de l'alimentation (en calculant l'IMC et en réalisant les courbes de croissance), des vaccins, du brossage des dents.

**L'enfant rhabillée se met à jouer**, debout, près d'une table adaptée à sa taille. **Elle dit spontanément plusieurs mots en jouant : « maman, bébé, au revoir, moto »...**

La mère pose des questions sur un arrêt de travail puis sur les prochaines consultations à prévoir. Le médecin prépare un courrier pour un avis chirurgical concernant un angiome puis prescrit de la vitamine D. La petite fille part avec sa mère **en disant « au revoir ! »**.

#### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin considère bien le nourrisson comme une personne à part entière : il la salue, lui demande l'autorisation de l'examiner, la prévient de ce qu'il va faire. Il essaie de la mettre en confiance en lui donnant un jouet. Plusieurs jouets sont à disposition dans le bureau.

Il se préoccupe bien de l'audition et de la vision puisqu'il commence la consultation par un test de désignation d'images et l'examen, par l'inspection des yeux. Un peu plus tard, il inspecte les tympans et pose des questions sur l'audition et le langage.

Cependant, il ne peut aller au bout de sa démarche en raison de l'agitation ou du refus de l'enfant (désignation, occlusion alternée).

Le médecin fait probablement confiance à la mère pour dépister une « anomalie ».

La mère est sensibilisée au dépistage sensoriel et a les connaissances requises pour interpréter le comportement de son enfant puisqu'elle est interne en médecine. Elle parle spontanément des diverses acquisitions de sa fille.

La petite fille est bien présente dans la consultation. Bien qu'un peu opposante lorsqu'on lui demande de faire quelque chose (désignation d'image, prendre un jouet), elle se sent suffisamment en confiance pour jouer et s'exprimer spontanément. Elle dit plusieurs mots et même une phrase élaborée. Finalement, le médecin apprend plus en l'écoutant qu'en voulant réaliser les tests.

On peut se demander si le fait d'aller voir le médecin est moins angoissant pour cette petite fille dont la mère est médecin que pour un autre enfant.

## 24 MOIS - RESULTAT 24.

Le nourrisson est une fille de 25 mois accompagnée de sa mère qui « ne travaille pas ». Le père « travaille ».

### DEROULEMENT

Pendant que la mère déshabille sa fille, le médecin pose une série de questions tout en feuilletant le carnet de santé. Il questionne d'abord sur le mode de garde puis sur l'alimentation et l'âge de la marche.

Arrivé près de la table avec le carnet, le médecin demande, avec beaucoup d'incertitude, **si l'enfant a vu l'ophtalmo ?**. Nous n'avons pas d'explication sur l'arrivée de cette question : le praticien avait-il noté quelque chose dans le dossier ou le carnet de santé ? Avait-il un doute lors d'un examen précédent qu'il n'avait pas noté ? Ou confond-il avec un autre patient (de la même fratrie ou non) ? Il prévient en effet : « je ne me souviens plus... » puis : « on n'en avait pas parlé ? C'était pas pour elle ? » Ici, il n'y avait vraisemblablement pas d'examen ophtalmologique demandé.

**Le praticien poursuit par des questions sur le langage : d'abord sur la compréhension : « elle comprend quelques consignes simples ? » ; puis sur l'expression : « elle dit quelques mots ? » et enfin sur la dénomination d'images (ce qui inclue la reconnaissance visuelle) : « et les images ? Elle les reconnaît ? »** La mère ne se contente pas de répondre positivement ; elle précise: **« elle dit des phrases...comme... c'est pas juste »**. On note que la mère est d'origine étrangère et parle à son enfant en français comme dans sa langue maternelle, avec une préférence pour celle-ci. **Elle traduit parfois ce que dit le médecin (mais pas systématiquement)**. On ne sait pas si le père parle français.

La petite fille commence à s'inquiéter mais est rassurée par la mère et le médecin. Elle reste assise pour l'auscultation du cœur, des poumons et **l'inspection des tympons** ce qui est une position moins angoissante à cet âge. **Le médecin s'adresse directement à l'enfant et la prévient de ce qu'il va faire : « On va mettre la lumière dans les petites oreilles, tu te souviens ? »** Il fait référence à une situation déjà connue de l'enfant, une expérience qui était positive et qui est donc rassurante. La petite fille est ensuite allongée pour l'examen de la cavité buccale. La prévention des caries est évoquée.

**Le médecin utilise ensuite la lumière de l'otoscope de façon centrée (reflets cornéens, fixation binoculaire) puis il essaie de tester la poursuite oculaire mais c'est le visage du médecin qui intéresse l'enfant.** Le praticien s'adapte alors en disant : « on va faire avec autre chose car ça, ça l'intéresse pas ! » et **utilise un objet plus attractif (un livre objet en tissu, représentant des animaux avec un miroir et des petits grelots)**. Il présente l'objet et demande : **« C'est quoi ça ? »** ce qui permet aussi de tester le langage et la vision. **La petite fille répond mais de façon inaudible. C'est la mère qui répète le mot, « un canard ! »**, peut-être en améliorant la prononciation. Le médecin parvient alors à faire suivre l'enfant des yeux. **Il pose des questions à la mère concernant la socialisation.** Nous apprenons que celle-ci a d'autres enfants, des garçons.

L'examen se poursuit avec la palpation de l'abdomen puis les mesures de la taille et du périmètre crânien. Pour la pesée, le médecin préfère la position debout sur un pèse-personne qui est sur le sol, destiné aux enfants. Les mesures sont notées dans le carnet de santé.

L'examen terminé, le praticien pose une question ouverte, « vous avez des questions ? », qui permet à la mère de s'exprimer. Celle-ci est inquiète d'une lésion dans le dos de sa fille.

La petite fille, probablement inquiète de ne pas voir ce qui se passe, demande alors distinctement à sa mère : « **Maman, fait quoi ?** » ; (on remarque qu'elle s'exprime spontanément en français). Sa mère détourne son attention vers le livre objet.

De retour au bureau, le carnet est rempli, les courbes de croissance sont faites et l'IMC est calculé. Les vaccinations sont vérifiées et expliquées. Le médecin se préoccupe des prescriptions puis cherche à remplir le certificat des vingt-quatre mois. La mère demande à sa fille de mettre son pantalon pendant qu'elle cherche le certificat. **Celle-ci obéit et le médecin remarque : « elle écoute bien ! »** **La mère acquiesce tout nuancé : « oui, elle comprend bien »**. Effectivement, nous apprenons que l'enfant fait parfois des crises de « caprices », surtout depuis l'arrêt de l'allaitement. Le médecin, au contraire, trouve une amélioration dans le comportement de la petite fille : « (...) c'est mieux qu'avant. (...) elle écoute plus ». Nous constatons une fois de plus que des conseils éducatifs sont délivrés par le médecin.

**La petite fille s'installe spontanément à une table adaptée à sa taille pour jouer.** Quand sa mère lui demande de mettre sa veste, **elle répond « non, non ! »** tout occupée qu'elle est à jouer. Cependant, elle ne s'opposera pas au moment de partir.

#### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin se préoccupe de l'audition en posant des questions sur le langage à la mère. Il n'y a pas de test de dénomination d'images proprement dit mais de façon détournée par l'utilisation d'un jouet pour capter l'attention de l'enfant. Le médecin est sensibilisé au dépistage sensoriel puisqu'il s'enquiert d'une éventuelle consultation ophtalmologique. Par contre, l'examen des yeux ne comprend que l'étude des reflets cornéens et de la poursuite oculaire avec un test de dénomination succinct.

La mère donne des précisions sur ce que dit sa fille mais est plutôt préoccupée par des problèmes de comportement.

La petite fille, rassurée par sa mère et par le médecin, est suffisamment en confiance pour rester calme et coopérante pendant l'examen et pour parler spontanément ou sur sollicitation. Elle joue également en fin de consultation.

## 24 MOIS - RESULTAT 5.

Le nourrisson est un garçon de 25 mois et 25 jours accompagné de sa mère qui est enseignante et de sa grande sœur d'environ 6 ans.

Le père est directeur d'un réseau informatique.

### DEROULEMENT

La première demande de la mère concerne la grande sœur qui a besoin d'un certificat pour le sport ce qui nécessite une consultation non prévue. Ceci illustre bien le travail du médecin généraliste qui « suit » l'ensemble de la fratrie et qui répond à chaque demande malgré la difficulté de respecter son emploi du temps, avec des consultations non urgentes non programmées. Ici, la mère semble penser que la réalisation d'un certificat ne nécessite pas de rendez-vous. Par ailleurs, elle est suffisamment en confiance pour imposer cette consultation au médecin.

Tout en examinant la sœur, le médecin reste attentif à ce que fait le petit garçon.

L'enfant se met à parler spontanément dans un jargon, ce que remarque le médecin : « je vois qu'il commence à bien parler ! » La mère répond: « oui, ça s'est débloqué d'un coup » ; comme si cela avait été déjà évoqué et avait été source d'inquiétude.

On note que le médecin teste l'acuité visuelle de la grande sœur et qu'il lui montrera aussi, plus tard, un test de Lang.

Avant d'examiner le garçon, le médecin prend connaissance de la dernière consultation et s'inscrit ainsi dans son suivi (il a déjà vu l'enfant 14 fois). Le médecin teste d'emblée la coordination visuomotrice et le développement psychomoteur en lançant, à plusieurs reprises, une balle à l'enfant assis sur la table dédiée aux nourrissons.

Il essaie ensuite de rechercher un strabisme de façon objective avec un matériel approprié (lunettes à écran) mais se heurte à l'opposition de l'enfant (qui correspond bien à son âge). La mère essaie de le rassurer en le prenant dans ses bras mais cela ne suffit pas pour réaliser le test : le nourrisson accepte les lunettes mais tourne la tête. Le médecin ne peut regarder les yeux de face (avec ou sans lumière). Il met ensuite à l'enfant des lunettes à secteur mais celui-ci devient grognon et tourne encore la tête.

Finalement, c'est au moment où le médecin les lui enlève que le petit garçon réclame les lunettes par un mot de son jargon, « nanettes ! » en tendant le bras.

Est-ce ce mot qui induira le test suivant sur l'audition ? Le médecin recherche une réaction au bruit : il se place derrière l'enfant et émet un bruit avec un objet (Sensory Baby Test). Celui-ci tourne la tête. Le praticien enchaîne avec l'examen des tympans. On note que l'enfant se laisse faire sans problème. La mère s'inquiète des « bouchons » et semble culpabiliser (de ne pas être une « bonne mère » car elle ne sait pas comment « éviter ça ») mais le médecin la rassure tout en l'orientant vers ce qui est vraiment important : « mais il entend bien ! ».

S'ensuit un examen clinique appareil par appareil. Pendant que l'enfant est pesé, le médecin teste la vision de la grande sœur (nécessité d'optimiser le temps de consultation en réalisant plusieurs choses à la fois).

Alors que l'enfant est rhabillé et sur les genoux de sa mère (probablement pour qu'il soit plus en confiance et coopérant), **le médecin lui demande de réaliser une tour de deux cubes (coordination visuomotrice, développement psychomoteur)**. Puis il teste langage et vision avec un test de **dénomination d'images** : il tend à l'enfant une planche comprenant quatre images et demande : « Qu'est-ce que c'est, là ? ». L'enfant nomme alors successivement : « cochon », « poisson », « vache », « voiture ». Ces deux opérations sont présentées sur un mode ludique, tout comme le jeu de balle (nécessité d'avoir un matériel attractif, adapté à l'âge).

Le médecin remplit ensuite le carnet et se rend compte d'un oubli : le périmètre crânien qui n'a pas été mesuré, peut-être à cause du test de Lang proposé à la grande sœur au même moment. De plus, un vaccin n'a pas été fait, probablement en raison d'un report successif (car l'enfant était malade). Les courbes de croissance sont réalisées et le certificat des 24 mois rempli.

Jusqu'à la fin de la consultation, on peut continuer à **observer l'enfant qui finit par s'opposer en disant « non »**. La mère s'excuse du comportement de son fils.

#### **INTERPRETATION SYNTHETIQUE :**

Le médecin semble préoccupé par le dépistage sensoriel. Il a le matériel approprié et adapté à chaque âge mais il se heurte à l'opposition de l'enfant. Il teste lui-même l'audition, le langage et la vision de façon méthodique plutôt que de poser des questions à l'accompagnant. Il reçoit aussi un certain nombre d'éléments spontanés par l'enfant.

L'appréciation de l'audition se fait sur le langage spontané de l'enfant, sur la recherche d'un réflexe acoustique, sur l'inspection des tympanes et sur le test de dénomination d'images.

L'appréciation de la vision se fait des tests de coordination oculomotrice (balle, cubes), sur l'inspection avec lunettes à écran et à secteur (mais examen non interprétable).

La mère semble un peu en difficulté face à son enfant et semble se sentir coupable. Elle se plaindra deux fois de son fils et s'excusera auprès de moi alors que le comportement de ce dernier est en rapport avec son âge. On peut penser qu'elle est exigeante envers elle-même à cause de son métier d'enseignante et peut-être aussi envers son enfant au niveau du comportement et du langage : il lui a semblé que ce dernier ne parlait pas assez tôt (« ça s'est débloqué d'un coup »). Or, elle ne peut avoir le même résultat dans son rôle de mère que dans celui d'enseignante.

L'enfant est souvent opposant (en raison de son âge) ce qui gêne parfois les tests. Il coopère surtout lorsque ceux-ci sont présentés de façon ludique et il apporte des éléments sur l'audition en parlant spontanément.

### 3. ANALYSE QUANTITATIVE EXPLORATOIRE

#### 3.1 VISION

Dans les 32 observations, la vision est toujours évoquée.

Dans **28 observations sur 32**, un examen des yeux est effectué.

Les 4 autres observations correspondent à :

- Un examen du deuxième mois fait par le médecin généraliste deux jours après le pédiatre. La vision est évoquée en fin de consultation par la mère qui parle des antécédents familiaux de troubles visuels.
- Un examen du troisième mois, pendant lequel le médecin constate les nombreux sourires réponses du nourrisson, notamment lorsqu'il est face à lui.
- Un examen à 14 mois où le nourrisson sourit au médecin (celui-ci le remarque) et attrape son stéthoscope.
- Un examen à 18 mois où le médecin demande à la mère si le nourrisson empile les cubes.

Examen des yeux	<b>28</b>
Fixation	<b>26</b> : 20 avec lumière, 3 avec un objet et 3 avec lumière et objet
Reflets cornéens	<b>19 +/-2</b> (doute)
Poursuite oculaire	<b>18</b> : 14 avec lumière, 1 avec objet seul et 3 avec lumière et objets
Coordination visuomotrice	<b>12</b> ou 12/21 (nourrissons de plus de 4 mois)
Réflexes photomoteurs	<b>9 +/-2</b>
Lueurs pupillaires	<b>0</b>
Occlusion alternée avec la main	<b>4</b>
par lunettes à écran	<b>1</b>
utilisation lunettes à secteur	<b>1</b>

Sur les 28 examens visuels, 27 sont réalisés avec une lumière (lumière de l'otoscope ou lampe de poche) et un avec un jouet coloré qui fait aussi du bruit (examen à 2 mois).

Dans 6 observations, le médecin prend le temps de regarder le nourrisson et semble inspecter les yeux sans lumière (à 2, 3, 4, 5 et 12 mois).

**La recherche de fixation est effectuée dans 26 observations** : avec une lumière dans 20 cas, avec un objet dans 3 cas et avec les deux méthodes dans 3. Les objets utilisés sont : un jouet de type hochet, une structure géométrique puis un jouet en forme de mouton, des cubes, un mobile (jouet), un abaisse-langue.

**Dans 19 examens sur 28, les reflets cornéens** sont étudiés. Dans 2 cas, il existe un doute sur leur étude.

**3 strabismes sont constatés lors de ces examens** : chez deux nourrissons de 1 mois et un de 3 mois.

**La poursuite oculaire** est recherchée dans 18 observations : 14 fois avec une lumière, 1 fois avec un objet (hochet) et 3 fois avec lumière et objets (livre en tissu, jouet et un médecin a utilisé un stylo surmonté d'un jouet puis son propre visage qu'il a déplacé horizontalement).

**Les réflexes photomoteurs** sont étudiés dans 9 observations. Dans 2 cas, il existe un doute sur leur réalisation.

Dans 12 observations, le médecin teste la **coordination visuomotrice** : à 4, 5, 7, 9, 12, 19 et 24 mois. Cette recherche se fait avec : un anneau en plastique coloré, un abaisse-langue, un stylo, un trousseau de clefs, une petite voiture, des cubes, une balle, un mouton en plastique et des objets colorés. Si on considère la recherche de la coordination visuomotrice à partir de 4 mois, cela correspond à 12 consultations sur 21.

**Les lueurs pupillaires n'ont pas été étudiées.**

Une **occlusion alternée** est réalisée avec la main dans 4 observations : pour 2 nourrissons de 9 mois, un de 12 mois et un de 24 mois. Pour les deux premiers, le test est réalisable et interprétable.

Pour un nourrisson de 26 mois (examen des 24 mois), le médecin essaie de tester la vue avec des lunettes à secteur et à écran mais se heurte à l'opposition de l'enfant.

**13 nourrissons sourient spontanément.** 5 fois, cela est remarqué à haute voix par le médecin, 2 fois par la mère.

**Dans 2 observations, la mère évoque spontanément les sourires** sans que cela soit constaté lors de l'examen (2 nourrissons de 2 mois).

**Les antécédents familiaux de troubles visuels sont recherché dans 4 observations par le médecin** : chez un nourrisson de 1 mois, un de 2 mois et un de 12 mois de façon systématique et chez un nourrisson de 1 mois après découverte d'un strabisme.

**Dans une observation,** chez un nourrisson de 2 mois, **les antécédents familiaux de troubles visuels sont signalés par la mère** suite aux antécédents familiaux auditifs évoqués par le médecin.

**Les facteurs de risque de troubles visuels sont évoqués dans 3 observations** : pour des nourrissons de 1 et 2 mois, il s'agit de la prise de connaissance des conditions de grossesse et d'accouchements ; pour un nourrisson de 12 mois, le médecin parle de la prématurité et conseille un examen ophtalmologique.

**Dans 4 observations, des antécédents personnels de troubles visuels** sont évoqués par le médecin : pour deux nourrissons (de 2 et 4 mois), le médecin demande s'il y avait un strabisme, chez un nourrisson de 12 mois, le médecin prend connaissance des résultats d'une consultation ophtalmologique suite à un doute sur un strabisme (lors d'un examen fait par un autre médecin), chez un nourrisson de 24 mois, le médecin demande s'il y a eu une consultation ophtalmologique sans autre précision.

On remarque qu'il n'y a pas de **signe de comportement visuel anormal** recherché par les médecins sauf peut-être dans une observation où le médecin demande si l'enfant ne tombe pas trop (R 22,

nourrisson de 17 mois). Dans une observation, c'est la mère qui signale un larmoiement et un éblouissement suite à l'examen des yeux.

### 3.2 AUDITION

Dans 31 consultations sur 32, on trouve des éléments concernant l'appareil auditif mais il y a en fait 29 consultations où le médecin reçoit des informations sur l'audition ou le langage : dans 28 observations, il pose des questions ou réalise des tests ; dans un cas, le nourrisson parle spontanément.

Dans deux observations, le médecin ne réalise qu'une otoscopie (un nourrisson gazouille mais juste à la fin de la consultation).

Dans une observation, le médecin n'a pas évoqué l'audition : il s'agissait d'une consultation à 1 mois. On note que lors de cette consultation, le médecin a observé un nystagmus.

EXAMEN AUDITIF	médecin	Accompagnant	Enfant, spontanément
<b>Evocation « spontanée » audition et langage</b>		<b>6</b>	
<b>INTERROGATOIRE</b>			
<b>ATCD familiaux de troubles auditifs</b>	<b>4</b>		
<b>ATCD perso (facteurs de risque de surdité)</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	
l'enfant entend-il bien?	<b>5</b>		
réaction au bruit, à la voix, au prénom?	<b>14</b>	<b>2</b>	
comportement anormal évoquant surdité?	<b>2</b>	<b>1</b>	
comment s'exprime-t-il? Parle-t-il?	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>14</b>
Comprend-il bien?	<b>1</b>	<b>2</b>	
Nomme-t-il les images?	<b>2</b>		
<b>TESTS</b>			
<b>Réaction au bruit ou réflexe d'O-I</b>	<b>12</b>		
par la voix (prénom)	<b>1</b>		
avec un objet	<b>7 +/- 1</b>		
avec des objets de fréquences différentes	<b>3</b>		
<b>langage</b>			
dénomination d'images	<b>2</b>		
désignation d'images	<b>1</b>		
<b>otoscopie</b>	<b>30</b>		
<b>Le médecin s'adresse à l'enfant</b>	<b>19</b>		

#### **L'otoscopie a été effectuée dans 30 examens auditifs sur 31.**

Elle n'a pas été effectuée dans une consultation à 1 mois mais des questions ont été posées sur les antécédents familiaux de problèmes auditifs et la réaction au bruit a été recherchée par l'interrogatoire.

**Sur les 30 otoscopies, 3 nourrissons ont crié** : un de 4 mois qui était déjà maintenu dans les bras de sa mère (qui avait signalé en début de consultation que son bébé était « grognon »), un autre de 4 mois et 20 jours et un nourrisson de 17 mois qui fut agité et opposant pendant toute la consultation.

**Dans 6 consultations, l'accompagnant évoque l'audition ou le langage**, spontanément ou suite à une question ouverte (du type « que fait-il de nouveau ? ») : à 2 mois, deux nourrissons (réaction au bruit et gazouillis), à 4 mois (réaction au bruit), à 7 mois (compréhension, imitation d'un cri), à 9 mois, deux nourrissons (répétition de syllabes, mots, réaction au prénom).

Lors d'une consultation à 13 mois (correspondant à un examen des 12 mois), la mère signale d'emblée que le nourrisson souffre d'une otite.

**Dans 4 observations, les antécédents familiaux sont évoqués** (3 fois concernant spécifiquement la surdité, une fois les antécédents généraux) :

**Dans deux observations, les médecins recherchent les antécédents familiaux de surdité** (à 1 mois et à 12 mois (pour un nouveau patient).

Lors d'une consultation à 2 mois, **le médecin récupère les résultats de potentiels évoqués auditifs** faits sur antécédents paternels de surdité.

Lors d'une autre consultation à 2 mois (pour un nouveau patient), le médecin recherche les antécédents familiaux généraux et s'enquiert des circonstances de la grossesse et de l'accouchement.

Lors d'une consultation à 1 mois, le médecin évoque les circonstances de l'accouchement et à 12 mois, un médecin évoque la prématurité après recherche du réflexe acoutrope: **soit 3 consultations où sont évoqués des facteurs de risque personnels de troubles auditifs.**

**Dans 5 observations sur 32, le médecin pose une question du type « entend-il bien ? »** (à 2, 5, 9 (2 nourrissons) et 19 mois).

**Dans 14 observations sur 32, le médecin pose une question du type « comment parle-t-il ?**

**Comment s'exprime-t-il ? » :**

2 mois : « Et elle gazouille ? »

3 mois : « Elle commence à faire quelques petits « BABA », quelques choses... ? »/« Elle gazouille ? ».

4m : « Elle commence à vocaliser ? »/ « Elle babille un peu ?... Elle fait des petits sons aussi ? »

5m : « Elle gazouille un peu ? »

9m : « Il dit BABA, PAPA... ? »

12m : « Il commence à répéter des syllabes ? A dire baba... »/«Qu'est-ce que tu dis ? »

13m : « Le langage autrement, je jargonne ? Dans ma langue à moi ? ... « Oui, vous sentez des intonations ? »... « Elle essaie de répéter ? Elle dit « papa », « mama » ? »

14m : « au niveau du langage ? »

17m : « Il commence à faire des phrases ? » (Suite à des mots dits par l'enfant)

18m : « Au niveau des mots, il dit « Papa », « Maman » ? »

19m : « Il parle ? Il répète des syllabes ? »

24m : « Elle commence à parler ?- Quand elle lit un livre, elle nomme les images ? Elle associe des syllabes ? »/ « Elle dit quelques mots ? »/ « Elle dit « oui » ou « non » ? »

**14 nourrissons (de 1 à 24 mois) se sont exprimés spontanément, ce qui a peut-être devancé les questions du médecin dans 4 cas (à 7, 12, 14 et 24 mois).**

**Dans 6 consultations, le médecin a fait une remarque :** « tu causes ! », « qu'est-ce que tu racontes ? », « tu t'exprimes ! », « t'as des choses à me raconter ! », « t'as dit « maman » comme ça je suis sûr que tu sais le dire ! », « je vois qu'il commence à bien parler ! »

**Dans 17 consultations, le médecin s'est intéressé à la réaction du nourrisson au bruit** (par l'interrogatoire et/ou l'examen).

**Dans 14 observations, le médecin a recherché par l'interrogatoire une réaction au bruit, à la voix ou à l'appel du prénom :** à 1 mois, à 2 mois (3), à 3 mois, à 4 mois (2), à 7 mois, à 9 mois (3), à 12 mois, à 19 mois et 24 mois.

**12 fois, il l'a recherchée ou constatée lui-même** (dans deux observations chez le même médecin, il s'agissait de bruit fortuit (téléphone et mètre qui se rembobine) chez des nourrissons de 9 mois).

Dans trois observations, le test n'est pas interprétable (non fait hors de la vue).

<b>Recherche d'une réaction au bruit</b>	
Par la voix : 1	A 9 mois (appel par le prénom) (R 14)
Avec un objet : 7+1	A 2 mois : le médecin agite un jouet bruyant devant le nourrisson et regarde s'il tourne bien la tête (R 6) A 4 mois, avec une boîte à musique (R 32). A 9 mois (téléphone qui sonne) (R 1) A 9mois, (mètre qui se rembobine) (R 2) A 9 mois, (jouet bruyant, mais pas hors de la vue, test refait ensuite avec l'appel du prénom) (R 14) A 12 mois (avec un jouet mais impossibilité pour le médecin de voir la réaction sans être vu) (R 9) A 12 mois (avec fabrication de boites identiques en apparence mais dont une seule fait du bruit) (R 11) A 24 mois (avec sensory baby test sur une fréquence) (R 5)
Avec des objets de fréquences différentes : 3	A 2 mois : test fait trois fois : avec des jouets à chaque oreille, test refait avec jouets de fréquences différentes puis claquement des mains à côté du landau. (R 4) A 5 mois, (sensory baby test sur plusieurs fréquences) (R 10) A 19 mois (boîtes de Moatti)(R 3)

Sur les quatre consultations des 24 mois :

Un médecin a recherché la dénomination d'images par l'interrogatoire de l'accompagnant.

Un médecin a recherché la dénomination d'images par l'interrogatoire et a présenté un livre objet.

Un médecin a testé lui-même la dénomination d'images avec une planche comprenant 4 images.

Un médecin a fait un test de désignation d'images (nourrisson non coopérant).

# DISCUSSION

## 1. METHODE CHOISIE

Il s'agit d'un travail qualitatif qui ne se veut pas une fidèle photographie de la réalité mais un recueil de données destinées à mieux comprendre les conditions et les procédures du dépistage sensoriel pédiatrique en médecine générale. Le filtre du regard singulier d'une observatrice ne garantissait pas l'absence de subjectivité dans le recueil et l'interprétation des données, mais la connaissance du terrain d'enquête, la codification de la méthode de recueil et les échanges avec un enseignant de médecine générale autour de l'analyse des données ont limité la portée de cette subjectivité. D'autre part, lorsque l'on demande à un médecin de décrire sa pratique, dans un questionnaire par exemple, il le remplit aussi avec une certaine subjectivité sur son travail, avec l'idée de ce qu'il fait réellement, de ce qu'il voudrait faire et de ce qu'il pense devoir faire.

Les médecins n'étaient pas informés du thème exact de la recherche. La vision et l'audition étaient donc incluses dans l'idée globale qu'ils se faisaient d'une consultation de suivi du nourrisson avec l'ensemble de leurs préoccupations.

Les parents et les nourrissons ne connaissaient pas non plus le sujet de l'observation et ne pouvaient donc pas mettre en avant un thème plus qu'un autre.

Les difficultés rencontrées ont été le recrutement des médecins acceptant d'être observés et les conditions matérielles (temps, déplacement) permettant ou non d'assister aux consultations.

Parmi les médecins observés, certains étaient maîtres de stage pour internes ou externes ce qui aurait pu être un biais supplémentaire. Cependant, on peut envisager qu'ils soient justement habitués à être observés (d'où une diminution de l'effet Hawthorne) et qu'ils participent à la formation des futurs médecins généralistes d'où l'influence de leur pratique sur une grande partie de la population médicale.

Lors de l'observation, il était parfois difficile de voir ou savoir ce que recherchait exactement le médecin (un même geste pouvant apporter plusieurs informations), notamment lorsque les éléments reposaient sur une observation du médecin non restituée à voix haute.

Dans une prochaine étude, on pourrait envisager d'observer le médecin sur la base d'une grille d'observation, sans qu'il connaisse le sujet de recherche puis de reprendre avec lui certains points à préciser (par exemple : « quand vous avez observé les yeux avec une lumière, qu'avez-vous recherché ? » ou « quelle idée avez-vous du niveau de langage de l'enfant ? »...)

Le premier thème évoqué dans la grille d'observation n'a pas été exploité car cela ne reflétait pas forcément la préoccupation principale des parents ou du médecin. La définition de ce premier thème était peut-être trop floue.

Il n'a pas toujours été possible de connaître le pourcentage d'enfants de moins de 16 ans suivis par chaque médecin.

Concernant l'examen visuel, il n'a pas toujours pu être déterminé s'il était interprétable ou pas car cela dépendait de ce que recherchait le médecin et l'observatrice n'était pas toujours en position de bien voir les yeux du nourrisson.

## **2. RESULTATS**

### **2.1 EXAMEN VISUEL**

#### **2.1.1 UNE PREOCCUPATION FREQUENTE**

La vision est toujours évoquée et un examen visuel est clairement effectué dans 28 consultations sur 32. Ce résultat montre que la vision est une préoccupation importante chez ces médecins.

Dans une enquête par questionnaire téléphonique réalisée dans le Maine-et-Loire en 2008<sup>34</sup>, l'examen visuel était systématique pour 76% des médecins généralistes mais variable selon les circonstances : seuls 51% le faisaient tous les mois, 66% en cas de doute parental et 76% lors des examens obligatoires (des 4e, 9e et 24e mois).

Un quart des médecins ne le faisaient pas.

L'étude de l'INSERM réalisé en 2004<sup>58</sup> auprès de médecins généralistes du Réseau Sentinelles et portant sur les certificats de 9ème et 24ème mois, constatait que seuls 21% des médecins les ayant remplis avaient réalisé un dépistage visuel (contre 81% qui avaient réalisé au moins un test auditif).

#### **2.1.2 LES FACTEURS DE RISQUE**

La recherche des facteurs de risque de troubles visuels est rarement évoquée mais beaucoup de médecins semblent suivre la mère en tant que patiente : ces médecins ont des informations ou le sentiment d'avoir des informations sur les antécédents maternels, les circonstances de la grossesse et de l'accouchement. Cependant, on ne sait pas s'ils connaissent également les antécédents paternels d'autant plus que la majorité des nourrissons ne sont accompagnés que de leur mère.

On note que dans deux consultations concernant des nourrissons de un mois, la recherche d'antécédents familiaux de troubles visuels est effectuée après la découverte d'un strabisme bien qu'il s'agisse de deux raisons différentes (liées ou non) qui peuvent justifier un examen spécialisé. Les antécédents auraient pu être recherchés avant l'examen : c'est une sorte de dépistage « à l'envers ». De plus cette recherche est incomplète : dans un cas, il s'agit du port de lunettes, dans l'autre de « problèmes » sans précision.

Plusieurs travaux montrent que la recherche des facteurs de risque de troubles visuels est peu effectuée et qu'elle est souvent incomplète.<sup>34,39, 58</sup>

Ceci expliquerait que seul un enfant (de deux ans) à risque sur quatre ait déjà eu une consultation ophtalmologique.<sup>59</sup>

Dans l'enquête de A. Colineau dans le Maine-et-Loire, moins de deux tiers des médecins généralistes recherche les facteurs de risque et il s'agit surtout des antécédents familiaux.<sup>34</sup>

### 2.1.3 L'INTERROGATOIRE

On remarque qu'il y a peu de question sur le comportement visuel, contrairement à l'audition. Les questions servent parfois à s'assurer de la normalité d'un examen peu contributif (poursuite oculaire incomplète, nystagmus).

On note également qu'il n'y a quasiment jamais de question sur le comportement visuel anormal (larmolement, photophobie, enfant qui tombe, se cogne...).

Dans sa thèse, datant de 2011, Nicolae S. a réalisé un questionnaire chez 105 parents d'enfants suivis en consultation d'ophtalmologie de ville.<sup>41</sup> Les résultats ont montrés que 84.6% des parents ignoraient ce qu'était l'amblyopie et ses conséquences mais 76% connaissaient le strabisme. Dans 55% des cas, ils étaient les premiers à avoir détecté la pathologie visuelle (toutes causes confondues) contre 6% des médecins traitants. 42.8% des enfants n'avaient pas d'anomalie du comportement et 70% d'entre eux avaient un antécédent familial.

### 2.1.4 UN EXAMEN TRES VARIABLE

L'examen des yeux est quasiment toujours réalisé avec la lumière de l'otoscope quel que soit l'âge du nourrisson.

Lors de l'examen, le médecin étudie avant tout le réflexe de fixation puis les reflets cornéens et la poursuite oculaire dans 2/3 des cas. La coordination visuomotrice est testée dans 12 consultations (sur 21 entre 4 et 26 mois). On note que le nourrisson joue parfois pendant l'examen avec différents objets ce qui peut être aussi observé par le médecin. Les réflexes photomoteurs ne sont étudiés que dans 1/3 des consultations. Les lueurs pupillaires ne le sont jamais. Ce geste qui ne nécessite qu'un simple ophtalmoscope reste peut-être attribué au spécialiste dans l'esprit des médecins généralistes. Il ne semble pas faire partie de la pratique habituelle.

La recherche d'amblyopie et de strabisme par occlusion alternée est rare : elle est faite par un médecin chez deux nourrissons de 9 mois (pour les deux autres examens de neuf mois, les médecins ne la font pas). Un médecin tente de la faire à 12 mois mais se heurte à l'opposition de l'enfant, un autre à 24 mois.

Un médecin essaie de tester la vue par des lunettes à secteur et à écran mais l'enfant de 26 mois s'y oppose. Dans les deux autres observations à 24 mois, les médecins ne recherchent pas d'amblyopie.

L'enquête de A.Colineau en 2008<sup>34</sup> met en évidence que la recherche des réflexes visuels est quasi constante mais celle du strabisme et de l'amblyopie reste superficielle.

Les proportions des divers tests déclarées par les médecins dans cette enquête sont : 79% qui recherchent le réflexe de fixation, 97.4% la poursuite oculaire, 72.8% les reflets cornéens, 69% les réflexes photomoteurs, 39.7% la défense à l'occlusion, 21.9% la lueur pupillaire, 7.4% les lunettes à secteur. 88% utilisaient une source lumineuse, 69% un jouet coloré et 8% des lunettes à secteur.

La thèse de E.Bonneau, concernant l'impact d'une FMC sur les tests de dépistage visuel en médecine générale chez l'enfant de moins de trois ans<sup>39</sup>, constatait un examen visuel avant FMC assez sommaire: « l'examen externe de l'œil et les réflexes visuels (pour la majorité ceux de fixation, poursuite et photo moteur) sont réalisés par moins de la moitié des médecins. Si la recherche du strabisme (faite quasi exclusivement par la recherche des reflets cornéens centrés) est relativement

réalisée (62% de l'échantillon déclare rechercher un strabisme), moins d'un tiers des médecins fait la recherche systématique de l'amblyopie (soit 29% de l'échantillon) ».

Il faut signaler que l'étude des reflets cornéens et la réalisation de l'écran unilatéral et alterné de près nécessitent une certaine expérience et ne peuvent dépister les déviations strabiques minimales (qui peuvent cependant engendrer une amblyopie fonctionnelle).<sup>20</sup>

Il faudrait aussi s'appuyer sur d'autres professionnels qui ont une plus grande expérience de ces tests (orthoptistes).

Si le strabisme ne peut être décelé précocement, le médecin peut essayer de dépister l'amblyopie fonctionnelle qui en résulte (par le signe de la toupie, par exemple) ce qui ne semble pas encore intégré, dans cette étude, dans le suivi du nourrisson.

## **2.2 EXAMEN AUDITIF**

### **2.2.1 UNE PREOCCUPATION FREQUENTE**

Dans quasiment toutes les consultations (31/32), on trouve un élément qui concerne l'appareil auditif mais si on ne prend en compte que les éléments qui donnent une idée de son fonctionnement, on retient le chiffre de 29 sur 32, dans la mesure où l'on considère qu'une otoscopie seule ne suffit pas. En fait, le médecin pose des questions ou réalise des tests sur le langage ou l'audition dans la plupart des consultations (28/32) (dans un cas, il reçoit une information spontanée par le nourrisson).

Dans la moitié des consultations, le médecin s'intéresse à la réaction du nourrisson au bruit.

Dans une observation, le médecin n'a pas évoqué l'audition : il s'agissait d'une consultation à 1 mois. On note que lors de cette consultation, le médecin a observé un nystagmus: cela a-t-il perturbé son examen ? Il a ensuite examiné la cavité buccale mais pas les conduits auditifs. De plus, la consultation a été interrompue trois fois par le téléphone.

Dans l'enquête de 2008 dans le Maine-et Loire<sup>34</sup>, 86% des médecins généralistes testent systématiquement l'audition : 23% à la naissance, 64% de façon mensuelle, 85% lors des examens obligatoires et 78% en cas de doute. 93% des médecins interrogent les familles sur leurs impressions. La thèse de V. Leuci (enquête par questionnaire auprès de 101 médecins généralistes en 2007)<sup>42</sup> trouve un pourcentage de 82% de médecins testant l'audition et 88% qui interrogent les parents.

On remarque, ici, que dans 30 consultations sur 32, une otoscopie a été réalisée : elle semble donc faire partie de l'examen systématique du nourrisson. Dans 27 cas, l'examen n'a pas été gêné par le comportement du nourrisson ce qui nous semble élevé par rapport à la réputation de cet examen.

Dans la thèse de V. Michenaud (2009)<sup>60</sup>, deux tiers des médecins déclarent examiner les tympans de façon systématique.

### **2.2.2 L'INTERROGATOIRE**

Les antécédents familiaux et personnels sont rarement évoqués mais cela est peut-être à pondérer en fonction de l'âge des nourrissons (un antécédent recherché pendant la grossesse ou dans le

premier mois ne sera plus évoqué ce qui nous ramène à la connaissance antérieure qu'a le médecin de la famille, comme pour les troubles visuels).

Plusieurs études montrent une recherche de facteur de risque incomplète.<sup>34,45</sup>

Dans un peu moins de la moitié des consultations, le médecin recherche une réaction au bruit à l'interrogatoire. Dans la même proportion, il pose une question de type « comment s'exprime l'enfant ? » et quelques fois, il demande simplement si « l'enfant entend bien ».

### 2.2.3 ELEMENTS APPORTES SPONTANEMENT

Dans 18.7% des consultations, c'est l'accompagnant (il s'agit toujours du père ou de la mère) qui évoque spontanément l'audition (ou suite à une question ouverte).

Il parle le plus souvent du langage puis des facteurs de risque, de la réaction au bruit et de la compréhension orale. Dans une consultation, l'accompagnant a rapporté un comportement qui pourrait évoquer une surdité.

Cette expression spontanée est importante puisque dans 70% des cas, ce sont les parents qui sont à l'origine du diagnostic de surdité<sup>31,61</sup> et lorsque les parents soupçonnent une baisse de l'audition, l'examen confirme souvent leurs soupçons.<sup>7</sup>

On remarque que dans un peu moins de la moitié des consultations, le nourrisson s'exprime spontanément ce qui semble être une proportion importante de consultations où le médecin reçoit des informations précieuses par une simple observation du nourrisson.

### 2.2.4 TESTS

Une réaction au bruit ou un réflexe d'orientation-investigation est recherché dans un tiers des consultations mais de façon très variable et rarement très rigoureuse.

Seuls trois médecins (un quart des tests de réaction) utilisent des objets avec différentes fréquences. La majorité des médecins utilisent un seul objet et un médecin a refait le test en appelant le nourrisson. Les objets utilisés sont très variés et en général non calibrés.

Les objets calibrés utilisés sont le Sensory Baby Test et les boîtes de Moatti.

Dans un quart des cas, le test n'est pas interprétable.

On retrouve cette variabilité d'objets utilisés dans d'autres travaux<sup>44,45</sup>: 43% des médecins utilisent des objets sonores (calibrés ou non)<sup>45</sup>; dans l'enquête de A. Colineau<sup>34</sup>: ils utilisent la voix à 78.3%, le papier, le claquement de mains (56.6%), et des jouets calibrés (61.6%).

## 2.3 A QUEL MOMENT ?

Il n'y a pas de moment précis consacré au dépistage sensoriel. Pour la vision comme pour l'audition, l'interrogatoire et l'examen se déroule aussi bien au bureau du médecin en début de séance qu'à la table d'examen ou en fin de consultation. L'interrogatoire n'est pas forcément suivi ou précédé de l'examen. Des éléments sont apportés tout au long de la consultation.

## 2.4 L'IMPORTANCE DU CARNET DE SANTE

Il est à noter l'importance du carnet de santé qui est donné spontanément par les parents ou réclamés par le médecin dès le début de la consultation.

Il est présent aux trois temps de la consultation. Au début, il sert à vérifier les vaccins, reprendre la dernière consultation, poser des questions et recueillir des réponses. Puis, il est parfois emmené dans la salle d'examen pour recueillir les mesures. Enfin, il sert à pallier les oublis et à poser les dernières questions ainsi qu'à recueillir les éléments de l'examen trouvés par le médecin et à noter les vaccins.

C'est un support important pour le dépistage des troubles sensoriels car il contient de nombreuses questions s'y référant, surtout depuis sa modification en 2006.<sup>1, 15</sup>

L'évaluation du nouveau carnet faite en 2009<sup>37</sup> a montré que 38.3% des médecins généralistes remplissaient toujours les espaces concernant la vue et l'audition lors de l'examen du nourrisson de 0 à 24 mois. 40.8% ne les remplissaient pas systématiquement et 21% jamais.

Pour plus de 50% des médecins généralistes, le carnet de santé est un soutien pour sensibiliser les parents au dépistage auditif.<sup>63</sup>

Attention cependant à ne pas se contenter des questions du carnet qui sont parfois trop floues ou trop limitées.

## 2.5 DIFFICULTES DE L'EXAMEN

Les difficultés évoquées de façon récurrente dans plusieurs études et thèses sont le manque de temps, le manque d'entraînement (avec le manque d'outils et de connaissances) et le manque de coopération de l'enfant.<sup>34, 37, 39, 40, 62</sup>

### 2.5.1 DUREE DE CONSULTATION

La durée moyenne de consultation a été de 26 minutes avec des extrêmes allant de 15 à 40 minutes. Cette durée est bien plus importante que la durée moyenne de consultation déclarée par des médecins généralistes libéraux dans l'enquête menée par la DREES en 2008<sup>64</sup> : celle-ci était de 15 minutes et de 16 minutes pour les consultations de prévention. Les consultations des 0-6 ans, « toutes choses égales par ailleurs » (c'est-à-dire pondérées par le motif de consultation) duraient légèrement plus longtemps (+4%).

Une autre enquête de 2002<sup>65</sup> montrait que 13% des séances des médecins généralistes, concernant les moins de 16 ans, étaient consacrées aux activités de vaccinations et d'examen systématiques de prévention et que 41% d'entre elles duraient moins de 10 minutes.

### 2.5.2 COOPERATION DU NOURRISSON

Le manque de coopération du nourrisson n'est pas seulement un comportement d'opposition mais tout simplement, une difficulté à capter son attention : nourrisson qui vient de se réveiller, qui préfère regarder sa mère, qui joue... L'examen visuel est particulièrement délicat car il nécessite d'observer le regard de face puis d'obtenir une poursuite oculaire dans différentes directions.

### 2.5.3 CONDITIONS MATERIELLES

- Conditions matérielles inadaptées : éclairage trop fort, difficultés à se positionner pour voir la réaction du nourrisson au bruit sans être vu, bruit gênant (pluie battante, voitures).
- Consultation interrompue une ou plusieurs fois par le téléphone (absence ou non de secrétaire) : favorise l'agitation du nourrisson pendant l'attente, perturbe l'attention du médecin.
- Retard du médecin et nombre de consultations précédentes (maximum à 44 consultations avant celle du nourrisson).

### 2.5.4 ACTES SUPPLEMENTAIRES

- Actes non prévus : demande de consultation pour un tiers, demande de prescriptions, de résultats, de papiers administratifs pour l'accompagnant ou d'autres membres de la famille.
- Multiplication des supports pour la retranscription de l'examen : dossier informatique, carnet, certificat.

### 2.5.5 PATHOLOGIES INTERCURRENTES

- Pathologie intercurrente : otite, rhinite
- Découverte d'un élément inattendu : tremblements, lésion dermatologique, nystagmus.

### 2.5.6 LES ACCOMPAGNANTS

- Flots de paroles, de questions et d'inquiétudes de la part de l'accompagnant.
- Nouveaux patients.

### 2.5.7 DIFFICULTES DE L'EXAMEN CLINIQUE

- Difficultés à voir les tympans.
- Oubli : mesure du périmètre crânien, tonus sur le ventre...
- Impossibilité de constater ce que dit réellement le nourrisson.

Ces difficultés ont été retrouvées par L. Morel dans sa thèse (2010) concernant la « réalisation et la faisabilité de l'examen systématique du neuvième mois du nourrisson en pratique de médecine générale à l'aide d'outils standardisés de dépistage »<sup>62</sup>. Elle avait utilisé le guide méthodologique pour les examens systématiques de 9, 24 et 36 mois proposé en 2007 par le Dr Gilles Buisson<sup>38</sup>. Les difficultés rencontrées ont été : le retard des parents, la présence de la fratrie ou d'un autre adulte (ayant besoin de parler), une pathologie aiguë, l'enchaînement des tests de dépistage, l'examen du deuxième enfant chez des jumeaux, un enfant déjà vu pour le même examen. La durée moyenne de consultation était de 46 minutes. Les tests ont été parfois douteux. Suite aux résultats, certains

parents ont refusé de prendre rendez-vous chez le spécialiste ou ont tardé à le faire. Il y avait également des actes non prévus. La présence d'un secrétariat a été perçue comme un confort.

### **3. ELEMENTS APPORTES SPECIFIQUEMENT PAR L'OBSERVATION DIRECTE**

#### **3.1 OBSERVATION DU COMPORTEMENT SPONTANE DU NOURRISSON ET DES ACCOMPAGNANTS**

Le médecin bénéficie de nombreuses afférences par l'observation du comportement spontané du nourrisson et des accompagnants. Ses afférences semblent s'intégrer de façon consciente ou non dans l'examen global du nourrisson et dans l'idée que le médecin se fait de la normalité du développement de celui-ci.

Pour la vision, il s'agit bien sûr du regard du nourrisson, de ses sourires réponses, de ses capacités de préhension, de sa coordination visuomotrice, notamment lorsqu'il joue, de son aisance à se déplacer. L'absence de signe d'alerte est probablement intégrée de la même façon : absence de signe digito-oculaire, d'errance du regard, de larmolement etc...

Pour l'audition, on note les réactions spontanées aux bruits inopinés fait hors de la vue (téléphone, mètre), les attitudes d'écoute, l'expression spontanée du nourrisson : babil, répétition de syllabes, mots et phrases, et enfin, la compréhension de consignes simples.

Les accompagnants apportent aussi des informations sur la vision et l'audition, soit de façon spontanée, soit sur sollicitation (question ouverte ou non), soit par leur interaction avec le nourrisson au moment de la consultation.

#### **3.2 MISE EN CONFIANCE DU NOURRISSON**

Pour des conditions d'examen optimales, plusieurs médecins se soucient du confort du nourrisson et essaient avant tout de le mettre en confiance. Ils le saluent, l'appellent par son prénom, lui parlent pendant la consultation pour le prévenir de ce qu'ils vont faire ou pour l'encourager.

- Le médecin 17 (femme de 53 ans, exerçant depuis 1987) essaie pendant toute la consultation de rassurer le nourrisson 17 mois qu'elle examine : elle lui parle, l'encourage, l'embrasse même, le tient par la main pour l'emmener vers la toise murale (puisqu'il se débat lorsqu'il est allongé).
- Le médecin 21 (femme de 60 ans, exerçant depuis 1983) regarde d'abord le nourrisson de 4 mois en lui disant « bonjour ! ». Elle lui parle et le prévient de tout ce qu'il va faire. Elle le complimente aussi.
- Le médecin 22 (femme de 33 ans, exerçant depuis 2006) salue la petite fille de 2 ans. Elle essaie de la rassurer et lui donne un baigneur en début d'examen et un jouet pendant les vaccins.

Certains médecins commencent leur examen par le don d'un objet qui permet aussi de tester la coordination visuomotrice (anneau en plastique, stylo, trousseau de clés, voiture, baigneur...). Quelques médecins essaient de trouver la position optimale du nourrisson pour l'examiner et essaient de détourner son attention pendant les vaccins.

Ce souci du confort du nourrisson se retrouve dans la personnalisation du cabinet qui permet d'obtenir des éléments spontanément observables.

Il n'y a en fait que 19 consultations sur 32 où le médecin parle directement au nourrisson ce qui peut paraître insuffisant. Le nourrisson est-il bien considéré comme une personne à part entière ?

### **3.3 PERSONNALISATION DU CABINET**

Dans la recherche de signes cliniques, nous remarquons l'importance de l'organisation du cabinet. La personnalisation du cabinet par le médecin peut être faite dans un souci de confort de l'enfant ou dans un souci de praticité pour une recherche de signe rigoureuse. En plus des outils déjà disponibles, chaque médecin utilise ses propres objets ou développe des astuces pour obtenir le signe qu'il recherche.

#### **3.3.1 CONFORT DU NOURRISSON ET OBSERVATION DE SON COMPORTEMENT**

La mise en place d'éléments dans le cabinet permet une sollicitation indirecte du nourrisson qui déclenche des éléments observables.

Le mobile accroché au-dessus du bureau du médecin déclenche le mot « chat » (R 31) ou permet d'observer la fixation binoculaire de l'enfant. De même, celui accroché au-dessus de la table d'examen ou de la balance, est regardé par le nourrisson et lui permet de se calmer après le vaccin (R 29, 32).

La petite table de jeux à côté du bureau permet à l'enfant de jouer spontanément en fin de consultation pendant que sa mère récupère les ordonnances et provoque plusieurs mots : « maman, bébé, au revoir, moto » (R 31).

Le miroir en face de la balance permet d'occuper le bébé pendant la pesée et d'observer son regard (R 3).

#### **3.3.2 DISPOSITION DU CABINET**

Le paravent, à un mètre de la table d'examen permet de voir la réaction du nourrisson à un bruit bien fait hors de sa vue (R 3).

Le bureau situé derrière la fenêtre permet d'observer les reflets cornéens sans lumière artificielle (R29).

La lampe de poche à portée de main sur le bureau, permet d'examiner d'emblée les yeux lorsque le nourrisson est calme, de face, dans les bras de sa mère. (R 12).

#### **3.3.3 OUTILS PERSONNALISES**

Plusieurs médecins utilisent des objets attractifs pour tester la fixation ou la poursuite oculaire, en première ou en deuxième intention (en cas d'échec avec la lumière) : hochet, structure géométrique, jouets de différentes formes, livre en tissu, mobile.

Pour l'audition, un médecin a utilisé une boîte à musique, un autre a fabriqué des boîtes identiques en apparence, d'autres usent de jouets qui font du bruit.

### **3.4 PROFILS DE MEDECINS**

Parmi les différentes consultations, nous avons observé plusieurs « profils » de médecins ou plusieurs façons de procéder.

#### **3.4.2 LE TESTEUR RIGoureux :**

Ce médecin s'appuie essentiellement sur les tests qu'il réalise avec tout le matériel recommandé pour le dépistage sensoriel, plutôt que sur les dires des parents (il pose peu de questions sur ce qu'il peut tester lui-même). Il s'agit du médecin 4 (homme de 53 ans, exerçant depuis 1989, maître de stage pour les internes et les externes) que nous avons pu observer dans deux consultations.

Dans l'observation 10 qui concerne un nourrisson de 5 mois, le médecin recherche une réaction au bruit avec un appareil adapté (Sensory Baby Test) sur différentes fréquences, bien que l'âge du nourrisson ne corresponde pas à un âge de dépistage formalisé. Le médecin réalise aussi une otoscopie et examine les yeux (inspection et poursuite oculaire). Il ne pose pas de questions aux parents sur le domaine sensoriel mais il commence la consultation avec une question ouverte. L'observation 5 correspond à un âge de dépistage important puisqu'il s'agit d'un examen des 24 mois. Nous remarquons que le médecin a le matériel nécessaire : Sensory Baby Test, lunettes à écran, lunettes à secteur, planche de dénomination d'images, cubes. Pour la grande sœur, il utilise des optotypes et un test de Lang.

Ce médecin dispose d'une table d'examen dédié aux nourrissons. Il utilise aussi des objets ludiques comme une balle. Il pose peu de question à la mère, préférant se reposer sur ses propres tests. Il est aussi attentif au comportement spontané de l'enfant (paroles).

#### **3.4.3 CELUI QUI EST PLUS ATTENTIF A UN THEME**

Le médecin 6 (homme de 53 ans, exerçant depuis 1985) semble plus sensible au dépistage de la vision que de l'audition.

Lorsqu'il examine un nourrisson de 1 mois (R 15), il inspecte les yeux, étudie les reflets cornéens, la fixation et même la poursuite oculaire avec la lumière de l'otoscope. Il découvre d'ailleurs un strabisme et interroge sur les antécédents visuels du père. Par contre, il ne questionne pas sur l'audition et inspecte juste les tympans.

Chez le nourrisson de 9 mois (R 12), il examine les yeux dès le bureau : fixation, reflets cornéens, réflexes photomoteurs, poursuite oculaire avec lampe de poche à portée de main. Il teste la coordination visuomotrice et la pince pouce index avec un stylo mais ne réalise pas d'occlusion alternée. Par contre, concernant l'audition, il ne pose qu'une question : « elle entend bien ? » mais ne teste pas la réaction au bruit et ne questionne pas sur le langage (il examine aussi les tympans).

Chez le nourrisson de 3 mois (R 7), il inspecte les yeux juste après la fontanelle : fixation, reflets, réflexes photomoteurs. Il découvre aussi un strabisme. Concernant l'audition par contre, il ne questionne que sur les pleurs et inspecte les tympans.

On remarque aussi que les accompagnants parlent peu durant la consultation (ils n'apportent pas d'informations spontanées sur la vision et l'audition) et n'expriment pas d'inquiétude sur le strabisme (R 7 et 15).

On peut supposer que ce médecin est plus attentif au dépistage visuel qu'auditif, de par son expérience personnelle ou professionnelle. On pourrait imaginer aussi qu'il vient de bénéficier d'une formation continue concernant la vision. On note que ce médecin est maître de stage pour les internes.

#### **3.4.4 CELUI QUI FAIT CONFIANCE AUX PARENTS**

Le médecin 18 (femme de 45 ans exerçant depuis 1997) qui examine une petite fille de 2 ans (R 23), se base sur les réponses du père concernant le langage plutôt que sur des tests, bien que la petite fille soit très sage.

La vision est testée avec la lumière de l'otoscope (reflets cornéens, fixation et poursuite).

#### **3.4.5 CEUX QUI FONT PLUS CONFIANCE AUX PARENTS QU'À LEURS TESTS**

Certains médecins, confrontés à une « anomalie » ou à une difficulté à interpréter l'examen, vont questionner les parents ; par opposition à ceux qui cherchent à faire le test d'une autre façon. Le médecin 5 teste un nourrisson de 2 mois avec un hochet : comme celui-ci ne tourne pas la tête vers la droite, il demande à la mère : « elle suit du regard ? Elle tourne bien la tête de l'autre côté ? ». De même pour le médecin 16 : le nourrisson de 3 mois ne suit pas la lumière et préfère regarder sa mère. Le médecin interroge alors : « elle s'intéresse à la lumière ? »

Le médecin 13, semble avoir observé un nystagmus chez un nourrisson de 1 mois. Il questionne la mère à ce sujet ; celle-ci n'a rien remarqué. Ce médecin est également préoccupé par le périmètre crânien et propose d'en suivre l'évolution.

En fait, il est probable que ces médecins s'inscrivent dans une démarche de suivi au long cours. En cas de doute à l'examen non confirmé par l'interrogatoire, il est probable qu'ils contrôlent l'évolution à la prochaine consultation.

#### **3.4.6 CEUX QUI SE RAPPROCHENT D'UN EXAMEN COMPLET RIGoureux**

Les médecins 1, 8, 9, 11, 22 réalisent un examen minutieux de dépistage quasiment exhaustif (par rapport aux recommandations de l'HAS et du carnet de santé) par des tests et par l'interrogatoire des parents ainsi que par l'observation ; aussi bien pour la vision que pour l'audition. Ils se heurtent parfois à l'opposition du nourrisson ou à quelques oublis mais leur examen témoigne d'une volonté de faire ces dépistages.

#### **3.4.7 EVALUATION GLOBALE, SIGNAL D'ALARME**

Plusieurs consultations fonctionnent sur un mode « d'évaluation globale » de la normalité du développement de l'enfant avec absence de signal d'alarme (R21, 27).

Il n'y a pas forcément de test rigoureux de dépistage mais le médecin reçoit un certain nombre d'informations qui lui laissent à penser que l'examen est normal.

Par opposition, on remarque que la survenue d'un élément perturbateur va inciter le médecin à détailler son examen voire à répéter les tests de différentes façons.

C'est le cas de l'observation 4 où le médecin 3 (femme de 49 ans, exerçant depuis 1989) remarque dès le début de l'examen des tremblements chez le nourrisson de 2 mois. Est-ce pour cela qu'elle insistera sur la réaction au bruit (recherchée de trois façons différentes et par l'interrogatoire) ? Elle examinera aussi les yeux (fixation, poursuite oculaire), détaillera l'examen neurologique, vérifiera les effets indésirables des médicaments pris pendant la grossesse et finalement, demandera un avis spécialisé auprès du neuro-pédiatre.

**Plusieurs médecins procèdent en mélangeant ces différents profils lors d'une même consultation.**

#### **4. PERSPECTIVES**

Cette ébauche de typologie mériterait d'être explicitée par des entretiens visant à comprendre les processus qui conduisent les médecins à tel ou tel mode de pratique de dépistage sensoriel : leur parcours professionnel, des expériences personnelles ou familiales concernant les troubles sensoriels, la conception de leurs missions...

A l'exception du médecin 4 systématique dans la réalisation des tests de dépistage, les autres praticiens observés ont une approche soit intuitive, soit partielle, soit réactionnelle à la demande des parents. Ces différentes modalités peuvent s'expliquer par l'empreinte laissée dans la démarche diagnostique par des décennies de médecine centrée sur la maladie en réponse à des symptômes aigus. La recherche de signes d'examen y vient en réponse à des plaintes ou des symptômes fonctionnels, pour étayer des hypothèses diagnostiques.

La nécessité de rechercher des signes d'examen pour s'assurer non pas de la maladie mais du développement satisfaisant d'une fonction n'a sans doute pas encore bousculé l'identité professionnelle fondée sur l'image du médecin qui soulage plutôt que sur celle du médecin qui inquiète en révélant la maladie cachée.

Ces hypothèses s'ajoutent aux difficultés factuelles propres à la médecine de soin primaire : dispersion des cas, contraintes de temps, multiplicité des demandes lors d'une même consultation. L'ensemble de ces déterminants de la pratique permet d'avancer l'idée qu'une amélioration de la qualité des soins passe à la fois par des choix de santé publique qui cibleraient les priorités de dépistage, organiseraient les coopérations interprofessionnelles et l'information du public.

## CONCLUSION

Le dépistage des troubles visuels et auditifs du nourrisson est une préoccupation fréquente du médecin généraliste. Cependant, ce dépistage n'est pas toujours systématique et il n'est pas homogène : il existe de trop grandes variabilités individuelles dans la façon de procéder.

Il existe également de nombreuses difficultés à réaliser les tests et à les interpréter.

L'observation directe a permis de se rapprocher de la réalité de la consultation et a été riche en découvertes. Elle a révélé l'importance des éléments spontanément observables par le médecin, l'importance de l'environnement matériel et celle du mode de fonctionnement du médecin.

## REFERENCES

1. Ministère de la santé et des solidarités. Carnet de santé, mise à jour 01/01/2006, CERFA N°12593\*01. Disponible sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) rubrique : carnet de santé.
2. Benoist G., Bourillon A. Suivi d'un enfant et d'un adolescent normal ; partie 2, examens de santé obligatoires, médecine scolaire, mortalité et morbidité infantile. Rev Prat MG 2009 ; 59, (9) : 1299-1304
3. Pierre M., Roussey M. Suivi du nourrisson, 12 bilans médicaux au cours des 2 premières années de vie. Rev Prat MG 2012 ; 26, (889) : 729-734
4. HAS. Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. Janvier 2007, 136 pages
5. INSERM. Déficit visuel. Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Expertise collective. Paris : Inserm ; 2002, 398p
6. ANAES. Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie. Service des recommandations et références professionnelles. Paris : ANAES ; Octobre 2002, 13 pages.
7. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Service des recommandations professionnelles, HAS, septembre 2005,132 p.
8. INSERM. Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Expertise collective. INSERM, Paris, 2004.
9. DREES. Handicap auditif en France. Apports de L'enquête HID 1998-1999, Observatoire régional de santé des Pays de la Loire. Série Etudes, document de travail, novembre 2007, n 71.
10. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n 103. Ethique et surdité de l'enfant :  l ment de réflexion à propos de l'information sur le dépistage systématique néonatal et la prise en charge des enfants sourds. décembre 2007, 23 pages.
11. INSERM. Déficits auditifs. Recherches émergentes et applications chez l'enfant. Paris, 2006, 145 pages.
12. Dureau P. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal ; première partie, dépistage des troubles visuels. Rev Prat 2005, 55 : 667-670

13. Synthèse collective. Prévenir l'amblyopie irréversible ; première partie, reconnaître et traiter les jeunes enfants ayant une mauvaise vision. Rev Prescrire 2011, 31(331) : 358-363
14. Synthèse collective. Dépistage de la surdité des nouveau-nés. Rev Prescrire 2011 ; 31 (338) : 925-930.
15. Ministère de la Santé et des solidarités, Direction Générale de la Santé. Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant (en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006), guide à l'usage des professionnels de santé. Disponible sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) rubrique : carnet de santé.
16. Société française de pédiatrie. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant, guide pratique. Juin 2009.
17. Dureau P. Ophtalmologie pédiatrique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 2008 : 8-0930.
18. Roche O., Leon F. Vision de l'enfant. Rev Prat MG, 17/06/2008; 22 (804):615-619
19. Mas JL., Figon S., Senez B. « Mon enfant voit-il bien ? ». Rev Prat MG, 13/09/2004; 18 (600/661): 919-22
20. Pechereau A. Strabisme de l'enfant. Rev Prat 2003 ; 53: 1827-33
21. Jehanne M., Lumbroso L., Aerts I., Doz F., Desjardin L. Le rétinoblastome : à évoquer systématiquement en cas de reflet blanc pupillaire ou de strabisme. Rev Prat 2007 ; 10 : 1077-79.
22. Speeg-Schatz C. Vision de l'enfant et Développement des fonctions visuelles chez l'enfant. Rev Prat, 30/11/2007 ; 57 : 2003-08
23. Clergeau G. Amétropies de l'enfant et leurs évolutions (myopie, hypermétropie, astigmatisme). Rev Prat 30/11/2007 ; 57 : 2009-13
24. Lavenant F. Evaluation du comportement visuel et de la réfraction chez l'enfant. Rev Prat 30/11/2007 ; 57 : 1990-99
25. Denis D. Strabisme chez l'enfant. Rev Prat 30/11/2007 ; 57 : 2017-26
26. Roche O., Duflier JI. Causes organiques de mauvais développement chez l'enfant. Rev Prat 30/11/2007 ; 57 : 2033-38
27. Dureau P. Les tests ophtalmologiques du carnet de santé. J Ped Puer, ELSEVIER ; 2006 : 00482

28. Sander Ms., Bournot Mc., Lelievre F., Tallec A. La population en situation de handicap visuel en France ; importance, caractéristiques, incapacités fonctionnelles et difficultés sociales. Une exploitation des enquêtes HID 1998 et 1999. Observatoire régional de la santé des pays-de-la-Loire. Juillet 2005.
29. Bureau International d'Audiophonologie : [www.biap.org](http://www.biap.org) [dernière consultation le 15/04/2014]
30. Société française de pédiatrie. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant. Guide pratique, juin 2009.
31. Loundon N. Surdités de l'enfant : à dépister le plus tôt possible. Rev Prat MG 2004 ;18 (662/663): 991-4
32. Rouillon I. Dépistage néonatal systématique de la surdité. Rev Prat MG 2013 ;27,91, 2013 : 812-813
33. Cemka-Eval. Évaluation du programme expérimental de dépistage de la surdité en maternité. Suivi à 2 ans des enfants sourds. Comité de suivi du 14 janvier 2010
34. Colineau-Meneau Aurélie et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. Santé Publique, 2008 ; 20 : 259-268.
35. Dauman R., Roussey M., Garabedian N. La surdité permanente de l'enfant relève-t-elle du dépistage néonatal ? Prat Organ Soins 2009;40(3):207-212
36. Draussin C., Richard G. et al. Enquête sur l'accompagnement des enfants sourds par les CAMSP et les SAFEP. Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, DGAS, janvier 2008. 170 pages
37. Duburcq A., Vanhaverbeke N., Courouve L., Cemka-Eval pour la DGS. Evaluation du carnet de santé n° CERFA 12593\*01 (modèle en vigueur depuis le 1 er janvier 2006). Rapport final, référence 2009-185 Juillet 2010, 47 pages.
38. Buisson G. Guide méthodologique : protocole d'examens systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois. URML de Bretagne et institut de la mère et de l'Enfant de Rennes 2007.
39. Bonneau E. Dépistage visuel précoce chez l'enfant de moins de 3 ans : Impact d'une Formation Médicale Continue sur la pratique et la faisabilité des tests de dépistage visuel en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Paris 7, 2010.
40. Yribarren C. Le dépistage des troubles auditifs et visuels de l'enfant de 6 mois à 3 ans en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Paris 7, 2004.

41. Nicolae S. Dépistage des troubles visuels de l'enfant en médecine générale : le rôle du médecin traitant. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Caen, 2011.
42. Leuci-Huberman V. Déficit auditif : les premiers signes chez l'enfant : enquête auprès de 94 familles et 101 médecins généralistes francs-comtois. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon, 2007.
43. Charnole A. Evaluation du dépistage et du diagnostic de la surdité chez l'enfant au CHU de Nantes. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Nantes, 2009.
44. Chabert J. Dépistage des troubles auditifs par les médecins généralistes du Vaucluse chez les nourrissons de 0 à 24 mois. Enquête auprès de 118 médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Aix-Marseille II, 2008.
45. Lallemand V. Dépistage des troubles auditifs chez l'enfant de moins de trois ans par les médecins généralistes de l'agglomération caennaise. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Caen, 2010.
46. Davis A, Wood S, Healy R, Webb H, Rowe S. Risk factors for hearing disorders: Epidemiologic evidence of change overtime in the UK. *J Am Acad Audiol.* 1995;6:365-70.
47. Kennedy C, McCann D, Campbell MJ, Kimm L, Thornton R. Universal newborn screening for permanent childhood hearing impairment: an 8-year follow-up of a controlled trial. *Lancet* 2005; 366 :660-2.
48. Arborio A., Fournier P. L'observation directe. Armand Collin, l'enquête et ses méthodes (3<sup>e</sup> édition), 2011.
49. Godard M. La position d'observateur de la consultation de médecine générale : une situation privilégiée de formation à la relation médecin-malade. Appréhender la relation et ses enjeux psychoaffectifs, des théories à une expérimentation d'observation directe. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Nantes, 2008.
50. Delion P. L'observation du bébé selon Esther Bick. Paris : [diffusion] cairn.info ; 2010.
51. Mas JI, Figon S, Senez B. « Mon enfant n'entend pas », l'approche du généraliste dans son cabinet. *Rev Prat MG* 2004 ; 18,(662/663) :995-6
52. Figon S., Erpeldinger S., Senez B., Mas JI. "Mon enfant parle mal". *Rev Prat MG* 2004 ;18,(66/667) :1184-88
53. Loundon N., Garabedian En. Enfant malentendant, signes d'appel et réseaux de soins. *Rev Prat MG* 2007 ;21,(784/785): 913-7

54. Orhant S., Pellegrino P., Vesta J. Le Langage de 0 à 3 ans. Rev Prat MG, t 2010 ; 24,(837) :199-203.
55. Cheymol J. Dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant de 0 à 3 ans. Rev Prat 2004 ;54 :2013-17
56. Thai-Van H., Truy E., Collet L. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal, dépistage des troubles auditifs. Rev Prat 2011 ;61 :1-9.
57. Thai-Van H., Truy E., Lina-Granade G., Collet L. Troubles auditifs de l'enfant: dépister le nouveau-né pour une prise en charge précoce. Rev Prat 2011 ;61 :411-4.
58. INSERM. Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle. Inserm Paris, 2009.
59. Bois C, Binot.Mc, Jonqua F, Et Al. Dépistage précoce des troubles visuels : expérience du service départemental de la protection maternelle et infantile dans les Hauts-de-Seine. J Fr Ophtalmol 2009.
60. Michenaud V. L'otite séromuqueuse de l'enfant : quelles difficultés pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique ? Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Nantes, 2009.
61. Davis A, Bamford J, Stenens J. Performance of neonatal and infant hearing screening : sensitivity and specificity. Br J Audiol. 2001 Feb ;35(1) :3-15
62. Morel L. Réalisation et faisabilité de l'examen systématique du neuvième mois du nourrisson en pratique quotidienne de médecine générale à l'aide d'outils standardisés de dépistage. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Rouen, 2010.
63. Griffon E. Le Médecin généraliste acteur dans le dépistage auditif de l'enfant de 0 à 6 ans. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Reims, 2009.
64. DREES. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale – vague d'enquête n°4, ORS et URML, Juin 2010. BREUIL-GENIER P., GOFETTE C., DREES. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats, n°481. Avril 2006
65. Franc C., Le Vaillant M., Rosman S., Pelletier-Fleury N, DREES. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DREES, Etudes et résultats, n°588, Aout 2007.

# ANNEXE 1

## GRILLE D'OBSERVATION DE CONSULTATION DE SUIVI DU NOURRISSON :

➤ Contexte :

**Médecin :** Age : \_\_\_\_\_ ans sexe : M/F année d'exercice : \_\_\_\_\_ maitre de stage ? \_\_\_\_\_  
**Lieu :** Cabinet : urbain/ rural (<2000 hab). nbre d'enfants vus (% des cs) : \_\_\_\_\_  
Salle d'attente : Musique ? O/N jeux d'enfants ? O/N  
Aménagement du cabinet : isolation phonique ? O/N éclairage modulable O/N

**Temps :** A quel moment de la journée ? H : \_\_\_\_\_ Après combien de cs ? \_\_\_\_\_  
Combien de tps accordé en théorie : \_\_\_\_\_ En pratique ? (H fin CS) : \_\_\_\_\_ durée \_\_\_\_\_  
Retard du médecin ? N/ O \_\_\_\_\_ min Des parents ? N/O \_\_\_\_\_ min

**Nourrisson :** Age précis : \_\_\_\_\_ sexe : M/F Est-il connu ou pas ? O / N  
Combien de fois a-t-il été vu par le médecin qui l'examine? \_\_\_\_\_

**Accompagnant :** Combien ? \_\_\_\_\_ Qui ? \_\_\_\_\_  
Personne connue du médecin ? \_\_\_\_\_  
Situation socio-professionnelle du père/de la mère, selon le médecin : \_\_\_\_\_

➤ Déroulement de la consultation :

Première question ? \_\_\_\_\_

Premier thème abordé ? \_\_\_\_\_

Par qui ? M (médecin), P (Parents ),

Comportement de l'enfant au début: Calme / Agité Ambiance calme dans la pièce de consultation ? O /N

Coopération de l'accompagnant concernant l'examen de l'enfant ? O/N Attitude rassurante ? O/N

### A REMPLIR EN FIN DE CONSULTATION :

➤ Carnet et certificat :

Carnet de santé amené ? O/N rempli ? O/N/partiellement Courbes faites ? O/N IMC (après 12 mois) ? O/N

Certificat rempli ? O/N

Le carnet (ou le certificat) a-t-il servi de guide (recueil des données ? pallier à un oubli) ? O/N Vaccins vérifiés ? O/N

Actes non prévus ? O/N : \_\_\_\_\_

➤ Remarques :

---

---

---

Thèmes abordés/ examen	Médecin			Parents		
	E	P	F	E	P	F
<b>Alimentation</b>						
Croissance staturopondérale						
<b>Sommeil</b>						
Vaccin						
<b>Appareil digestif</b>						
Dermatologie						
<b>Dents, cavité buccale</b>						
Problème personnel						
<b>Motricité</b>						
Dvlpt psycho-moteur						
<b>Problème psychologique</b>						
Appareil cardio vasculaire						
<b>App pulmonaire</b>						
App ostéo-articulaire						
<b>App neurologique ( en dh DPM)</b>						
OGE, app urinaire						
<b>Saturnisme ?</b>						
Medt / vitamine						
Autre :						
<b>AUDITION</b>						
<b>AUDITION/ LANGAGE</b>						
<b>VISION</b>						
<b>VISION/ MOTRICITE</b>						
<b>VISION/ DVLPT PSYCHOAFFECTIF</b>						

DEPISTAGE AUDITIF, interrogatoire	Med			Parent		
	E	P	F	E	P	F
Antécédents familiaux de surdité (prothèses avant 50 ans)						
ATCD personnels (FDR de surdité)						
L'enfant <b>entend-il bien ?</b>						
Réaction au bruit ? à la voix ? ...						
Comportement anormal évoquant une surdité ? (ancienne ou récente)						
<b>Comment s'exprime-t-il ? Parle-t-il ?</b>						
Langage qui semble anormal ou en régression ?						
Autre ?						

DEPISTAGE VISUEL , interrogatoire	M			P		
	E	P	F	E	P	F
ATCD familiaux de problèmes visuels						
Facteur de risque personnels de pb visuel ?						
<b>L'enfant voit-il bien ?</b>						
Comportement visuel ?						

Autres						
--------	--	--	--	--	--	--

<b>EXAMEN VISUEL</b>	Fait	NF	Interprétable ?	Non I	Différé ?
<b>Examen morphologique</b> de l'œil ?					
Recherche des <b>reflets cornéens</b> ?					
Recherche de la <b>lueur</b> pupillaire ?					
Réflexe <b>photomoteur</b> ?					
<b>Recherche de fixation</b>					
<b>Poursuite oculaire ?</b>					
<b>Recherche coordination visuo-motrice</b>					
<b>Occlusion alternée ?</b>					
→ Par lunettes à écran ?					
→ Par la main ?					
→ Autre ?					
Utilisation des <b>lunettes à secteur</b> ?					
→ déviation strabique ?					
→ signe de la toupie ?					
<b>Vision stéréoscopique</b>					
<b>Acuité visuelle</b>					
<b>Test de l'écran de loin</b>					
<i>Autre ?</i>					

	O	N	Enfant calme	Enfant agité ( contention forte)
Examen du tympan D				
Examen du tympan G				

<b>Recherche d'un réflexe acoustique</b> (d'orientation investigation)	fait	Non fait	Résultat Interprétable	Non interprétable	Examen différé ?
Par la voix					
Avec un objet					
Avec des objets de fréquences différentes					
<b>Epreuve de la voix chuchotée</b>					
<b>Appel par le prénom</b>					
<i>Autres ?</i>					

➤ **Conclusion concernant les dépistages sensoriels :**

Le médecin a-t-il cherché à **préciser par l'interrogatoire les informations** (en dehors des ATCD familiaux et personnels) concernant : L'audition O / N / nn La vision O / N / nn Le langage O / N / nn

Le médecin a-t-il tenu compte **d'informations inquiétantes** concernant :

Audition O / N Vision O / N Langage O / N

**Résultats restitués aux parents ?** O/N Résultat normal ? O/N

**Si doute ou résultat anormal : proposition du médecin ?**

→Avis spécialisé ? O/N →Répétition de l'examen ? O/N →Autre ?

**DEPISTAGE DES TROUBLES SENSORIELS DU NOURRISSON.  
ENQUETE PAR OBSERVATION DIRECTE EN MEDECINE GENERALE.**

---

**RESUME**

**I** : Le dépistage des troubles sensoriels (auditifs et visuels) du nourrisson est une des missions du médecin généraliste qu'il peut réaliser lors des examens systématiques dévolus au suivi du développement du nourrisson. Un dépistage précoce permet une prise en charge plus efficace et évite des troubles fonctionnels irréversibles à l'origine de certains handicaps. Les modalités et les conditions de ce dépistage en médecine générale sont mal connues. L'objectif de cette étude était de comprendre la place du dépistage sensoriel lors des consultations de suivi du nourrisson, de décrire les procédures de dépistage et de saisir l'implication des parents et du médecin.

**M** : Une méthode qualitative par observation directe de consultations de nourrissons de 0 à 24 mois a été menée par une seule observatrice à l'aide d'une grille préétablie complétée d'une prise de notes.

**R** : 32 consultations de suivi du nourrisson chez 22 médecins généralistes ont été décrites, Le dépistage sensoriel est une préoccupation fréquente des médecins mais il est réalisé de façon très variable. Le médecin reçoit un certain nombre d'afférences par le comportement spontané du nourrisson et des accompagnants. L'organisation et la personnalisation du cabinet peuvent aider à la recherche de ces signes spontanés.

**D** : Le dépistage sensoriel semble souvent intégré dans une évaluation globale de normalité du développement du nourrisson. Il se dégage une typologie des médecins en fonction de leur mode de fonctionnement. L'amélioration du dépistage passe par une évolution de l'identité professionnelle, par des choix de santé publique et par l'information du public.

---

**MOTS-CLES**

EXAMEN SYSTEMATIQUE DU NOURRISSON  
DEPISTAGE VISUEL  
DEPISTAGE AUDITIF  
MEDECINE GENERALE  
OBSERVATION DIRECTE