

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG  
ANNEE 2020 N° 248

THESE PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat  
Mention Médecine Générale

PAR

Capucine MARTZ

Née le 10 février 1989 à Strasbourg

Les freins à la mise en place de consultations  
conjointes puéricultrice de Protection Maternelle et  
Infantile et médecin généraliste  
dans l'observation du bébé et le repérage des  
troubles du développement psychomoteur chez  
l'enfant de 0 à 2 ans.

Présidente de thèse : Pr Carmen SCHRÖDER

Directrice de thèse : Dr Marie-Josée LEVEQUE-KUBLER



1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition JUIN 2020  
Année universitaire 2019-2020

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil    HC = Hôpital Civil    HP = Hôpital de Hautepierre    PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfnieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologie)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 <b>Cancérologie</b> ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

---

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

---

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

---



MO128	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 <b>Maladies infectieuses ; Maladies tropicales</b> Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 <b>Physiologie</b>
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	<b>Bactériologie-virologie</b> Option bactériologie-virologie biologique
Mme DÉPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 <b>Génétique</b>
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0118		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dr GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
  - BELLOCCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
  - MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
  - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
  - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
  - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
  - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
  - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc      CNU-31      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

## Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

## HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au- dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

---

A ma présidente de jury,

Madame le Professeur Carmen SCHROEDER, *vous me faites l'immense honneur de présider ce jury, je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde admiration.*

A mes juges,

Monsieur le Professeur KUHN, *vous avez accepté de juger ce travail et j'en suis très honorée. Recevez ici l'expression de mon profond respect.*

Madame le Docteur ZALOSZYC, *je vous remercie d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse. Veuillez recevoir ici ma profonde considération.*

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Marie-Josée LEVEQUE-KUBLER, *nous nous sommes rencontrées lors de mon stage de gynécologie/pédiatrie. Ce sont par vos échanges et votre implication dans ces deux domaines que j'ai été initiée à l'univers de la périnatalité. Vous avez fait naître en moi un véritable intérêt pour les enjeux liés à la périnatalité et à la petite enfance. Je vous remercie chaleureusement pour votre accompagnement et pour m'avoir soutenue tout le long de ce travail.*

A Marie-Odile Sibre, *j'ai eu la chance de vous rencontrer durant mon stage au sein de la PMI. Votre approche et votre passion pour cet univers m'a immédiatement fasciné. Je suis honorée d'avoir pu travailler à vos côtés et vous remercie pour ce que vous m'avez appris.*

A tous les professionnels qui se sont lancés dans cette aventure de consultations conjointes,

*Je salue l'implication individuelle de chacun dans ce projet de consultations conjointes et vous remercie de participer à ce dispositif ainsi qu'à l'élaboration de ce travail de thèse.*

A mes maîtres de stage, à mes collègues, médecins, infirmières, secrétaires, co-internes...

*...un grand merci.*



**Merci à Yanir**, pour le soutien et le bonheur que tu m'apportes tous les jours, pour ton humour, pour ta personnalité et bien sûr merci à la Malka Ktana, aka zanav.

**Merci à toute ma famille,**

A ma mère, qui m'a toujours soutenue, rassurée, accompagnée et écoutée dans tous mes états. Merci à Eric de la soutenir elle et pour ta tranquillité qui nous entoure.

A mon père, qui m'a toujours portée, poussée à aller plus loin et à "m'arracher".

A ma sœur Sophie pour ton soutien et ton écoute toujours attentive et mes frères Flo pour ton ouverture d'esprit et ta générosité et Jonath pour ton humour et tes bêtises qui nous feront toujours rire.

Merci à Léni et Virginie, qui nous accompagnent depuis quelques années et qui font pleinement partie de la famille.

A ma filleule Perrine, ma nièce Oriane et mon neveu Ernest, que je suis si heureuse de connaître. Vous êtes mes petits trésors et je serai toujours là pour vous.

A mes grands-parents, Mamichat et Papichat, qui, je l'espère, sont fiers de moi de là où ils sont et avec qui j'aurais aimé partager ce moment, à Grany et Papithur, qui m'ont toujours inspiré, soutenu, aidé et accompagné dans mes études et dans ma vie.

A mes oncles et tantes, qui ont toujours été à mes côtés, Hervé, Michel, Catherine, François, Véro, Pascale et Yves.

A mes cousines et cousin avec qui je partage tant de souvenirs, Alice, Roxane, Gaëlle, Rapha, Léa, Agathe, Adèle, Elodie, Ségolène, Amandine et Maud.

A ma deuxième famille israéli qui me soutient à distance depuis déjà 7 ans, Miri, Arik, Moran, John, les ktanim, Daniel et les Afulese.

**Merci à mes amis,**

A la merveilleuse team glande Strasbourg, mon très cher Elliot, Léo mon akhuti, Manon et Isaac, mon Clemele et Agathe qui partagent avec moi mon quotidien, qui parviennent à me faire rire dans les moments les plus critiques et que j'ai toujours le plus grand plaisir à retrouver.

A mes schneckeles, Juliette, Elsa et Sigo qui ont toujours été à mes côtés, depuis la plus tendre enfance et qui, j'espère, seront toujours auprès de moi et aux petits schnecks en devenir, Suzanne et DJ ainsi que Manu, Charles et Tomtom.

A mes amis Sneb, Olivier, Laure et Brigette avec qui j'aime partager des soirées entières à discuter. Merci de me soutenir comme vous le faites.

A Baptiste, que je remercie particulièrement pour avoir patiemment corrigé mes erreurs d'orthographe et autres non-sens.

A ma Cloclo, sans qui ce travail de thèse n'existerait pas et qui m'a toujours apporté un soutien et une amitié sans faille.

A Julia, Bruno et Ulysse, à qui je pense bien souvent malgré la distance qui nous sépare.

A Rose et Jacob qui auront toujours une petite place spéciale dans nos cœurs.

## TABLE DES MATIERES

---

INTRODUCTION.....29

Première partie : état des lieux du repérage des troubles du développement.

Première sous-partie : le développement psychomoteur normal de l'enfant de 0 à 2 ans et les pathologies à évoquer.

1. Développement psychomoteur normal.....31

    1.1. De la naissance à 9 mois.....32

        1.1.1. Réflexes archaïques.....32

        1.1.2. Posture et motricité.....33

        1.1.3. Préhension.....34

        1.1.4. Langage.....35

        1.1.5. Acquisitions sensorielles et développement social.....35

    1.2. De 9 à 18 mois.....36

        1.2.1. Posture et motricité.....36

        1.2.2. Préhension.....36

        1.2.3. Langage.....36

        1.2.4. Acquisitions sensorielles et développement social.....37

    1.3. De 18 à 24 mois.....37

        1.3.1. Posture et motricité.....37

1.3.2. Préhension.....	37
1.3.3. Langage.....	38
1.3.4. Acquisitions sensorielles et développement social.....	38
2. Pathologies à évoquer devant un retard de développement psychomoteur.....	38
2.1. Troubles à expression somatique ou troubles fonctionnels.....	40
2.2. Troubles psychiatriques.....	45
2.2.1. Troubles internalisés.....	46
2.2.1.1. Classification et nosographie.....	46
2.2.1.2. Dépression du nourrisson .....	47
2.2.1.3. Trouble du lien.....	48
2.2.1.3.1. Interactions normales.....	48
2.2.1.3.2. Trouble des interactions – trouble de l’attachement....	50
2.2.1.3.3. Echelles et évaluation.....	51
2.2.1.3.4. Troubles psychiques et difficultés sociales chez la mère	
2.2.1.3.5. Place du père ou du tiers.....	55
2.2.1.4. Troubles anxieux.....	56
2.2.2. Troubles externalisés.....	57
2.2.2.1. Trouble Déficitaire de l’Attention avec ou sans Hyperactivité..	57
2.2.2.1.1. Définition .....	57
2.2.2.1.2. Avant 3 ans.....	58

2.2.2.2. Trouble oppositionnel avec provocation.....	58
2.3. Troubles neurodéveloppementaux : Troubles du Spectre Autistique (TSA) et Troubles Envahissants du Développement (TED).....	59
2.3.1. Définitions et classifications.....	59
2.3.2. Signes cliniques.....	60
2.3.2.1. Avant 18 mois.....	60
2.3.2.2. Autour de 18 mois.....	61
2.3.2.3. Au-delà de 18 mois.....	61
2.3.3. Repérage et diagnostic.....	62
2.3.3.1. M-CHAT.....	62
2.3.3.2. Démarche diagnostique.....	64
2.3.3.3. Bilan à réaliser dès la suspicion de TSA.....	65
2.3.4. Epidémiologie.....	65
2.4. Pathologies somatiques.....	66
2.4.1. Retard mental.....	66
2.4.2. Epilepsie.....	67
2.4.3. Syndromes génétiques.....	68
2.5. Troubles sensoriels.....	70
2.5.1. Troubles visuels.....	70
2.5.2. Troubles auditifs.....	71

2.6. Situations spécifiques.....	72
2.6.1. Difficultés spécifiques des bébés nés prématurés.....	72
2.6.2. Situation de maltraitance.....	74

## Deuxième sous-partie : organisation actuelle, deux circuits parallèles.

1. Rôle du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique.....	77
1.1. Généralités.....	77
1.2. Rythme de suivi.....	78
1.3. Contenu des consultations.....	79
1.4. Le carnet de santé.....	81
1.5. Quelques chiffres.....	81
1.6. Les limites et difficultés du suivi pédiatrique par le médecin généraliste.....	82
2. La Protection Maternelle et Infantile (PMI).....	84
2.1. Historique de la PMI et ses textes fondateurs.....	84
2.2. Missions.....	86
2.2.1. Périnatalité.....	86
2.2.1.1. Planification familiale.....	86
2.2.1.2. La grossesse.....	87
2.2.2. Petite enfance et soutien à la parentalité.....	88
2.2.2.1. Actions de prévention de 0 à 6 ans.....	88

2.2.2.2. Les modes de garde.....	88
2.2.2.3. Dépistage et suivi du handicap de l'enfant.....	89
2.2.3. Protection de l'enfance.....	90
2.2.4. Promotion de la santé.....	91
2.2.5. Les acteurs.....	92
3. Le travail en réseau de périnatalité.....	93
3.1. Généralités sur les réseaux de Périnatalité.....	93
3.1.1. Historique.....	93
3.1.2. Définitions.....	94
3.1.3. Objectifs.....	95
3.2. Particularités locales du réseau Thur Doller.....	97
3.2.1. Le pays Thur Doller et les réseaux de périnatalité en Alsace.....	97
3.2.2. Historique du réseau périnatal du pays Thur Doller.....	97
3.2.3. Objectifs et outils du réseau.....	98
3.2.4. Organisation.....	100
3.2.4.1. Les acteurs.....	100
3.2.4.2. La prise en charge des bénéficiaires.....	101
3.2.4.3. Les prestations pour les professionnels.....	102
4. Les plateformes de coordination et d'orientation dans les troubles du neurodéveloppement	
4.1. Présentation.....	103

4.2. Critères d'orientation et parcours.....	104
--	-----

## Deuxième partie : les consultations conjointes.

### Première sous-partie : description de la mise en place des consultations.

1. Contexte et naissance de l'idée.....	106
1.1. L'observation du bébé.....	106
1.2. Les consultations conjointes jusqu'à aujourd'hui.....	109
1.3. Naissance du projet.....	115
2. Réunions et séminaires.....	117
2.1. Réunion d'introduction au projet – le 12/04/2018.....	117
2.1.1. Contexte actuel.....	117
2.1.2. Les attentes des professionnels.....	117
2.1.3. Conclusion et synthèse.....	119
2.2. Séminaire de formation à l'observation du bébé – le 21/09/2018.....	120
2.3. Réunion de synthèse et d'élaboration de la grille d'observation – le 13/12/2018..	121
3. Cadre pratique des consultations conjointes.....	121

### Deuxième sous-partie : étude qualitative : freins et difficultés à la mise en place des consultations conjointes



1. Introduction.....	124
2. Matériel et méthode.....	124
2.1. Type d'étude.....	124
2.2. Population/inclusion.....	125
2.3. Recrutement.....	125
2.4. Déroulement de la séance.....	125
2.5. Entretien et recueil des données.....	126
2.6. Analyse.....	127
3. Résultats.....	128
3.1. Population d'étude, résultats quantitatifs.....	128
3.2. Attentes et représentations des participants.....	129
3.2.1. Mode d'entrée dans le dispositif.....	129
3.2.2. Les attentes.....	131
3.2.3. Les représentations.....	135
3.3. Appréhensions et freins.....	137
3.3.1. Freins pratiques.....	137
3.3.2. Appréhensions psychologiques personnelles.....	139
3.3.3. Appréhensions et freins concernant la famille.....	141
3.4. Témoignages.....	143
3.4.1. Retours positifs.....	143

3.4.2. Expériences négatives, difficultés rencontrées.....	152
3.4.3. Eléments pratiques.....	154
3.4.4. Eléments facilitateurs.....	156
3.5. Situations cliniques motivant une consultation conjointe.....	157
3.5.1. Situations ayant abouti à une consultation conjointe.....	157
3.5.2. Situations évoquant la possibilité de réaliser une consultation conjointe	
3.6. Les éléments pouvant aider à l'initiation d'une consultation conjointe.....	161
3.7. Conclusions de l'observatrice.....	164
4. Discussion.....	164
4.1. A propos de l'étude.....	164
4.1.1. Les atouts de la méthode qualitative par entretien semi-dirigé d'un focus group.....	164
4.1.2. Les biais de cette étude.....	165
4.2. A propos des résultats.....	166
4.2.1. Généralités.....	166
4.2.2. Les freins.....	169
4.2.2.1. Les appréhensions.....	169
4.2.2.2. Les difficultés rencontrées.....	170
4.2.3. Les retours positifs.....	171
4.2.3.1. Vécu des professionnels.....	171

4.2.3.2. Vécu des parents.....	172
4.2.4. Eléments pratiques et situations cliniques.....	172
4.2.4.1. Les situations cliniques motivant une consultation conjointe..	172
4.2.4.2. Cadre pratique.....	174
4.2.5. Les aides pouvant être apportées.....	175
CONCLUSION.....	177
PERSPECTIVES.....	178
ANNEXES.....	179
Annexe 1 : Echelle de Brunet-Lézine révisée.....	179
Annexe 2 : Echelle ADBB.....	185
Annexe 3 : Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	186
Annexe 4 : Test M-CHAT.....	188
Annexe 5 : Calendrier des examens pédiatriques.....	190
Annexe 6 : Grille d'observation du bébé élaborée par le groupe d'étude.....	191
Annexe 7 : Questionnaire qualitatif – grille d'entretien du groupe de discussion.....	193
BIBLIOGRAPHIE.....	194

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

---

**ADBB** - Alarme Détresse Bébé

**ARS** - Agence régionale de santé

**CAMSP** – Centre d’Action Médico-Sociale Précoce

**CFTMEA** – Classification Française des Troubles Mentaux de l’Enfant et de l’Adolescent

**CIM-10** – Classification Internationale des Maladies dans sa 10<sup>ème</sup> version

**CMPP** – Centre Médico-Psycho-Pédagogique

**CRA** – Centre Ressources Autisme

**DC 0-3** – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorder of Infancy and Early Childhood

**DSM IV** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dans sa 4<sup>ème</sup> version

**DSM 5** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dans sa 5<sup>ème</sup> version

**EAJE** – Etablissement d’Accueil du Jeune Enfant

**EPDS** – Edinburgh Postnatal Depression Scale

**HAS** – Haute Autorité de Santé

**M-CHAT** – Modified Checklist of Autism in Toddlers

**MG** – Médecin généraliste

**OMS** – Organisation Mondiale de la Santé

**PCO** – Plateforme de Coordination et d’Orientation

**PMI** – Protection Maternelle et Infantile

**RAD** – Reactive Attachment Disorder of Early Childhood

**REPPPOP** – Réseau de Prévention et de Prise en charge de l’Obésité Pédiatrique

**ROSP** – Rémunérations sur objectifs de Santé Publique

**SAF** – Syndrome d’Alcoolisation foetale

**TDAH** – Trouble Déficitaire de l’Attention avec ou sans Hyperactivité

**TED** – Trouble Envahissant du développement

**TND** – Trouble du NeuroDéveloppement

**TSA** – Trouble du Spectre Autistique

## INTRODUCTION

---

L'examen du développement psychomoteur constitue un motif fréquent de consultation en médecine générale et le repérage de ses troubles et des pathologies associées relève d'une question de santé publique. Un trouble du développement peut être à l'origine d'un questionnement et d'une souffrance familiale importante, notamment en raison de sa rapide évolution et de sa potentielle gravité.

On constate que les troubles du développement sont encore trop tardivement repérés et les premiers signes souvent repérés au cours de la 1<sup>ère</sup> année du bébé restent sans réaction ni prise en charge adaptée. Les médecins généralistes (MG), pourtant considérés comme acteurs de 1<sup>er</sup> niveau, ne sont pas suffisamment formés ou disponibles pour ce temps d'exploration. Ils peinent à relayer la prise en charge, ne travaillant pas en réseau pluridisciplinaire pour la plupart d'entre eux et devant faire face à des délais importants pour une consultation en pédopsychiatrie. De plus, en l'absence de repérage, d'orientation adaptée et de prise en charge précoce, le pronostic fonctionnel d'un trouble du développement psychomoteur peut être péjoratif ; à l'inverse, plus la prise en charge est précoce, meilleure sera l'évolution à long terme.

Ce sont les raisons pour lesquelles ce repérage se doit d'être précoce, d'où l'importance et le caractère primordial de recentrer cette attention au cours des 18 premiers mois. Ceci nécessite une observation attentive du bébé et de son langage corporel.

Comment peut-on améliorer ce temps de repérage en soins primaires ? Comment étoffer et enrichir cet examen courant et pourtant subtile dans sa traduction clinique ? Des puéricultrices de PMI du Haut-Rhin et des médecins généralistes du Haut Rhin se sont réunis et ont élaboré ensemble, en collaboration avec le réseau de périnatalité Naître en Alsace, un dispositif innovant de consultation conjointe pluridisciplinaire impliquant un médecin généraliste et une puéricultrice de PMI.

L'objectif de ce travail est de décrire la mise en place de ces consultations conjointes, d'en décrire les représentations et les attentes des professionnels et de préciser les difficultés rencontrées à leur initiation à travers une étude qualitative par l'entretien d'un groupe de discussion. Au préalable, une présentation des étapes du développement psychomoteur et des pathologies pouvant être évoquées devant l'un de ces troubles, ainsi qu'un aperçu des rôles qu'ont à jouer les différents professionnels pouvant être impliqués seront réalisés. Enfin, la discussion s'attachera à une synthèse et une mise en perspective de cette expérience pionnière.

## **Première partie : Etat des lieux du repérage des troubles du développement.**

### **Première sous-partie : le développement psychomoteur normal de l'enfant de 0 à 2 ans et les pathologies à évoquer.**

#### **1. Développement psychomoteur normal (1)**

Entre la naissance et l'âge 2 ans (2), l'enfant développe une multitude d'acquisitions en vue d'une autonomie. Il apprend à se déplacer, à communiquer et à interagir avec son environnement et le monde qui l'entoure. Le développement psychomoteur, lié à la maturation du système nerveux, concerne les acquisitions motrices, cognitives et les capacités d'interaction sociales de l'enfant. Bien qu'il existe des variations interindividuelles, il tend à suivre la même séquence chronologique. Au travers de ces apprentissages, le bébé abandonne une motricité réflexe afin de maîtriser une motricité volontaire plus riche et plus fine.

Le neurodéveloppement désigne l'ensemble des mécanismes qui vont guider la façon dont le cerveau se développe, orchestrant les fonctions cérébrales (fonction motrice, langagière, cognitive, d'intégration sensorielle, structuration psychique, comportement, etc.) (3)

La HAS fait paraître en 2005 (4) un guide de propositions à destination des médecins généralistes concernant le développement psychomoteur de l'enfant de 28 jours à 6 ans. Le groupe de travail préconise l'éventuelle utilisation de l'échelle de Brunet-Lézine (Annexe 1) (5), révisée en 1990, après une courte formation. Cette échelle constitue actuellement un outil de référence pour l'évaluation du développement de 2 à 30 mois.

Cette échelle regroupe les acquisitions selon quatre axes : développement postural, coordination oculomotrice, langage et aspects communicatifs préverbaux tels que l'attention conjointe et sociabilité.

Nous rappellerons dans cette partie les différentes étapes du développement psychomoteur, sans tenir compte de la variabilité interindividuelle. Les repères de développement psychomoteur cités ici sont principalement issus de l'échelle de Brunet-Lézine.

## **1.1. De la naissance à 9 mois**

### **1.1.1. Les réflexes archaïques (6)**

Autrement appelés automatismes primaires, ils sont la marque d'un fonctionnement cérébral sous-cortical inférieur. Leur présence est physiologique chez le fœtus et au cours des premiers mois de la vie, ils sont l'indicateur de l'intégrité du système nerveux central et du tronc cérébral.

- La marche automatique : lorsque l'enfant est tenu en position verticale, on observe le redressement des membres inférieurs et du tronc, de telle sorte que l'enfant soutient une grande partie du poids du corps. S'il est penché en avant, on observe une succession de pas.
- Le réflexe de succion : la succion non nutritive est facile à analyser en plaçant le petit doigt, sur la partie moyenne de la langue, ce contact stimule le réflexe de succion.
- Le réflexe d'agrippement des doigts (ou grasping) : l'examineur place son index dans les paumes de l'enfant. Cette stimulation palmaire entraîne une flexion des doigts du nouveau-né.
- Le réflexe de Moro : l'enfant placé en décubitus dorsal est soulevé de quelques centimètres par une légère traction sur les deux membres supérieurs en extension. Lorsque ses mains sont brusquement lâchées, il retombe sur la table d'examen et le réflexe apparaît. On obtient une abduction des bras avec extension des avant-bras suivie d'une flexion des avant-bras. L'ouverture complète des mains accompagne la première partie du réflexe. Cri et anxiété dans le regard font partie de la réponse.



- Le réflexe de l'allongement croisé : l'examineur stimule la plante du pied du nouveau-né, le membre inférieur étant maintenu en extension. La réponse de la jambe libre à cette stimulation est analysée selon trois composantes :
  - Extension après un rapide mouvement de retrait en flexion ;
  - Eventail des orteils ;
  - Abduction portant sur le pied stimulé.

Ces signes disparaissent progressivement vers 3 mois.

### **1.1.2. Posture et motricité**

Dès la naissance on retrouve chez le nouveau-né une hypertonie des membres et hypotonie axiale (1) . En position ventrale, le nouveau-né va retrouver une position fœtale. Les genoux sont ramenés sous le ventre, le bassin est surélevé, la tête tournée sur le côté. A 1 mois, il soulève la tête du plan du lit lorsqu'il est en position ventrale.

Vers l'âge de 2 mois, le bébé commence à tenir sa tête quelques instants (acquis à 3 mois). Ceci peut être retrouvé par la manœuvre du tiré-assis. En position ventrale, il tend à se tenir sur ses avant-bras.

Il va progressivement développer son tonus dorsal et sa musculature abdominale jusqu'à pouvoir se retourner vers l'âge de 4 mois, d'abord du côté sur le dos, puis du ventre sur le dos.

Vers l'âge de 3 mois, le bébé regarde ses mains, c'est le début d'une conscientisation de son corps.

A 5 mois, le bébé participe désormais activement à la manœuvre du tiré-assis. En position dorsale, il joue avec ses pieds et effectue des mouvements de pédalage.

A 6 mois, il se maintient en position du trépied lorsqu'il est assis (assis avec appui latéral). En position ventrale, il se maintient sur ses mains et non plus sur ses avant-bras. Il se retourne du dos vers le ventre. En position debout tenu, il se met à sautiller.

Il se retourne dans les deux sens vers l'âge de 7 mois. En position ventrale, il se maintient sur une main pour saisir un objet.

En position ventrale, le bébé commence à ramper à 9 mois, le plus souvent d'abord à reculons puis commence la marche à 4 pattes. Il se met debout avec appui et tient assis sans appui.

### **1.1.3. Préhension**

A 3 mois débute la préhension au contact, il garde ses mains ouvertes à 4 mois. Dans un deuxième temps, vers l'âge de 4 mois, il attrape un objet qui lui est tendu en préhension cubito-palmaire.

La préhension volontaire apparaît vers 5 mois, date d'apparition de la coordination vision-préhension décrite par Piaget (7), il s'agit d'une préhension digito-palmaire qui lui permet de porter des objets à sa bouche.

La préhension volontaire globale est bien acquise à 6 mois. Il manipule un objet, le passe d'une main à l'autre et le porte à sa bouche.

A 7 mois, le bébé peut lâcher volontairement un objet. On voit un début de pince inférieure : il saisit un objet entre la base du pouce et le petit doigt.

La préhension en pince supérieure (pouce-index) débute vers l'âge de 9 mois. Il garde un objet dans chaque main, joue avec 2 objets et les tape ensemble.

#### **1.1.4. Langage**

Le bébé émet des vocalises et gazouille vers 2-3 mois, rit aux éclats à 4 mois et débute le babil à 6 mois. Il prononce plusieurs syllabes (ma-ma) et acquiert le sourire sélectif au même âge.

A 8 mois il imite les sons et l'on constate l'apparition des 1ers mots à 9 mois : il commence par des doubles syllabes (ex : mama).

#### **1.1.5. Acquisitions sensorielles et développement social**

Vers 1 mois, le nourrisson fixe le regard, suit des yeux transitoirement et se calme aux bruits de la voix. A l'âge de 2 mois, il est déjà capable de tourner la tête à l'appel et d'émettre une réponse vocale à une sollicitation.

L'ébauche de sourire-réponse apparaît vers 2 mois et devient acquis à 3-4 mois. Il réagit quand on lui tend les bras et sait différencier les visages familiers des visages étrangers.

Il sourit à son reflet dans le miroir à l'âge de 5 mois

La permanence de l'objet débute à 6 mois : lorsqu'on lui prend un jouet, il va le chercher du regard, même s'il disparaît de son champ de vision. Il oriente son regard au bruit. Par ailleurs, à l'âge de 6 mois, il tend les bras pour être pris, il sait repérer un visage familier.

Il répond à l'appel de son prénom à 7 mois et imite les actes simples.

Le nourrisson commence à comprendre le non et les ordres simples vers 8 mois. C'est à cet âge-là qu'apparaît l'angoisse de l'étranger.

Vers 9 mois, il compare 2 cubes en les réunissant. Il peut également tendre un objet à quelqu'un : dans un premier temps, il refuse d'abandonner l'objet puis dans un deuxième temps il le donne : il y a un échange, une attention conjointe, en principe acquise à cet âge.

Par ailleurs, il commence à faire les marionnettes, « au revoir » avec la main ou le bras et aime jeter ses jouets pour qu'on les ramasse.

Il pointe du doigt, réagit à son prénom et joue à « coucou, le voilà ».

## **1.2. De 9 à 18 mois**

### **1.2.1. Posture et motricité**

Le nourrisson marche à 4 pattes à 10 mois et se met debout vers 10-11 mois.

Vers 11-12 mois : fait ses premiers pas en se tenant. Lorsqu'il est debout, le bébé se baisse pour ramasse un jouet.

A 15 mois, il marche seul, il monte des marches d'escalier à 4 pattes, il tient debout mais tombe beaucoup par manque d'équilibre.

A 18 mois, il monte les escaliers en se tenant à la rampe, commence à courir et saute sur ses deux pieds.

### **1.2.2. Préhension**

A 15 mois, il peut introduire des pastilles dans le goulot d'une bouteille, feuillette les pages d'un livre mais plusieurs à la fois, il sait tenir sa cuillère mais la met à l'envers dans la bouche. Il gribouille et donne un objet sur ordre.

A 18 mois, il lance une balle à 2 mains et mange seul.

### **1.2.3. Langage**

A 10 mois, le bébé utilise 'papa maman' de façon appropriée puis associe deux mots formant une phrase vers 11 – 12 mois : « papa-parti ».

A 18 mois, il jargonne et possède un vocabulaire de 7 à 10 mots.

### **1.2.4. Acquisitions sensorielles et développement social**

Il fait au revoir et bravo de la main vers l'âge de 10 mois, aime introduire et retirer un objet d'une boîte : c'est la notion de contenant-contenu.

A 11-12 mois, le nourrisson emboîte, encastre, il comprend la signification de phrases simples (ex : où est ton doudou ?). Il cligne des yeux à la menace à 12 mois.

Vers l'âge de 15 mois, le nourrisson acquiert le pointage proto-déclaratif, c'est-à-dire qu'il est capable de désigner un objet qui l'intéresse. Il cherche ainsi à diriger l'attention de l'autre. A cet âge-là, il aime jeter, renvoyer, pousser les objets et sait faire une tour de 2 cubes.

A 16 mois, il comprend ou transgresse les limites et comprend le non.

A 18 mois, il commence à imiter les adultes, sait désigner 2 ou 3 parties de son corps, comprend un ordre donné et l'exécute. Il s'intéresse aux livres à images et sait désigner une à deux images (chat, chien, maison). Il aide quand on l'habille.

## **1.3. De 18 à 24 mois**

### **1.3.1. Posture et motricité**

A 24 mois, il monte et descend les escaliers sans alterner les pieds, shoot dans un ballon, court plus vite, sautille sur deux pieds, grimpe et danse.

### **1.3.2. Préhension**

On observe une meilleure souplesse du poignet et rotation de l'avant-bras, il sait mieux tenir son crayon : c'est le début de la prise digitale. Il imite un trait, gribouille. Il sait tourner la poignée d'une porte, dévisser un couvercle, boire seul au verre et manger avec une cuillère.

Il superpose des objets pour faire une tour.

### **1.3.3. Langage**

A 24 mois, l'enfant parle constamment. Il fait des phrases explicites et abandonne progressivement le jargon. Ceci ne veut pas dire qu'il « parle adulte », il conserve tout de même un langage enfantin qui ne doit pas inquiéter. Il utilise le « je » et réunit 2-3 mots en une phrase plus ou moins construite.

### **1.3.4. Acquisitions sensorielles et développement social**

A 24 mois, il nomme 4 images, désigne plus de parties de son corps (environ 5), connaît 1 à 2 couleurs, commence à faire des puzzles de 3-4 pièces et aide pour se déshabiller.

Il joue à faire semblant, imite ses parents dans la vie quotidienne et utilise son index pour désigner quelqu'un ou quelque chose. Il montre un intérêt pour les autres enfants.

On observe alors un début d'acquisition de la propreté diurne et nocturne occasionnelle (5).

Bien que souvent normal, l'observation et l'examen du développement psychomoteur de l'enfant peut révéler un retard dans les acquisitions. Nous verrons dans une deuxième partie quelles sont les pathologies à évoquer devant un écart de développement.

## **2. Pathologies à évoquer devant un retard de développement psychomoteur**

Le retard de développement psychomoteur se définit comme une non acquisition des normes de développement aux âges programmés. A noter que pour le bébé prématuré l'on tient compte de l'âge corrigé. (8)

Ceci étant dit, il est important de préciser qu'il existe une infinie variété de situations et de facteurs influençant le développement d'un enfant : ses particularités propres, celles de sa

famille, les caractéristiques socio-culturelles de son environnement et des évènements survenus lors de période périnatale. (9)

Le rôle du médecin généraliste est de dépister toute anomalie du développement, tout en tenant compte de la **variabilité interindividuelle**. Le développement psychomoteur d'un enfant peut parfois sembler disharmonieux lorsqu'un certain secteur est plus en retard qu'un autre. Un décalage isolé dans un domaine d'acquisition incite à la vigilance, alors qu'un retard présent dans plusieurs domaines doit inquiéter.

Le service de neurologie pédiatrique de Lyon propose une réflexion en trois temps à destination du médecin évaluant le développement d'un enfant : (2)

- Est-ce un véritable retard ou une simple variante ? : il est alors recommandé de revoir l'enfant 1 à 3 mois plus tard afin de réévaluer ce domaine du développement.
- Le retard observé est-il global ou dissocié ? : autrement dit, le retard touche-t-il un ou tous les secteurs ?
- Ce retard est-il stable ou s'aggrave-t-il ? : cet élément peut orienter vers certaines pathologies, neurologiques notamment.

Nous présenterons dans cette partie les grandes pathologies qui peuvent s'exprimer par un retard de développement.

Néanmoins, il est important de préciser deux points :

- Le caractère **aspécifique** des symptômes retrouvés. Ainsi, un retrait relationnel du jeune enfant peut faire évoquer un diagnostic de Trouble du Spectre Autistique (TSA), comme il peut être un signe de dépression du nourrisson par exemple. De même, une agitation psychochomotrice peut traduire une forme d'anxiété du nourrisson plus qu'un Trouble D'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). Par ailleurs, plusieurs pathologies peuvent

être intriquées et il est possible de passer d'un cadre nosographique à un autre. Enfin, il est important de prendre en compte le contexte social et culturel de l'enfant.

- Les pathologies vues ici ne sont présentées qu'à titre de « curiosité médicale ». Le médecin généraliste peut être amené à observer un écart de développement et bien qu'il puisse se représenter une hypothèse diagnostique, il est fondamental que celle-ci soit **uniquement évoquée** et qu'aucun diagnostic ne soit posé. En effet, le diagnostic de la plupart des pathologies évoquées ci-dessous, qui repose sur des examens complémentaires et des entretiens spécifiques approfondis ne se fait que par des professionnels de 2<sup>ème</sup> niveau, coordonnés en équipe pluridisciplinaire spécialisée.

Bien que le médecin généraliste soit habitué à évoquer des diagnostics, il est important de rappeler qu'il s'agit ici de repérer les « sonnettes d'alarme », sans toutefois inquiéter inutilement les parents, ceci dans le but d'intervenir le plus précocement possible.

### **2.1. Troubles à expression somatique ou troubles fonctionnels**

Les troubles à expression somatique peuvent être des manifestations de la souffrance psychique d'un nourrisson.

Ces troubles sont initialement décrits par Kreisler, Fain et Soulé en 1974 dans leur ouvrage, *L'Enfant et son corps : la clinique psychosomatique du jeune âge* (10). Ils relient ces troubles à la relation mère-bébé, or cette caractérisation a pour défaut d'être uniquement étiologique. Le symptôme serait l'effet direct d'un trouble de la dyade, ne tenant pas compte des capacités d'adaptation et de régulation des acteurs de cette dyade.

Les troubles fonctionnels sont listés ainsi dans l'ouvrage de Kreisler :

- Les anorexies ;
- Le reflux gastro-œsophagien ;
- Les troubles du sommeil ;



- Les cris, agitation et coliques du 3<sup>ème</sup> mois ;
- Les spasmes du sanglot ;
- La dépression anaclitique ;
- Le mérycisme ;
- L'asthme et les bronchites asthmatiformes ;
- Les allergies et l'eczéma.

Le nourrisson forme une unité somato-psychique, il évolue en fonction de ses besoins primaires et son corps est le lieu privilégié de son expression, a fortiori en période préverbale. Il peut exprimer sa douleur par des cris, une agitation, parfois des vomissements ou des troubles du sommeil.

Les troubles à expression somatique ou troubles fonctionnels du nourrisson sont un motif de consultation très fréquent en soins primaires.

La prudence veut que l'on exclut une organicité sous-jacente devant toute manifestation somatique chez le bébé.

Parmi **les troubles du sommeil précoce**, (11) les insomnies dites communes sont le plus fréquemment retrouvées :

- L'insomnie des premiers mois liée à des sollicitations incohérentes, inadéquates ou en excès ;
- L'insomnie de la deuxième année liée à une angoisse de séparation.

Bien que souvent bénins, les troubles du sommeil ne doivent pas être négligés car ils peuvent être à l'origine d'un retentissement familial important. Par ailleurs, il est important d'éliminer une cause organique sous-jacente. On retrouve le plus souvent des conditions éducatives et environnementales peu favorables et des attitudes alimentaires maternelles peu adaptées aux besoins réels de l'enfant. Au-delà de ces difficultés éducatives, on doit rechercher l'existence

de troubles de la relation mère-enfant : multiplicité de sollicitations, irrégularité et manque dans l'investissement maternel, dépression maternelle. Il existe également des cas de somnolence excessive ou hypersomnie, rare mais inquiétante lorsqu'elle est importante et pouvant être le reflet d'une déficience mentale ou d'un état de retrait autistique précoce.

**La colique** du nourrisson (12) se caractérise par la survenue, après un intervalle de 8 à 10 jours, de pleurs et de cris paroxystiques difficilement consolables se produisant souvent en période postprandiale. On retrouve fréquemment un ballonnement abdominal avec émissions de gaz mais l'examen somatique reste normal. L'apaisement est obtenu par le bercement, ou encore l'alimentation. La rencontre est décrite par Spitz entre un enfant hypertonique et une mère souvent anxieuse à l'origine d'une sollicitude primaire excessive et anxieuse.

**Le reflux gastro-oesophagien (RGO)** est défini par un retour involontaire du contenu gastrique dans l'œsophage en dehors de tout effort de vomissement. Cette définition recouvre deux type de RGO : (13)

- Le RGO fonctionnel ou physiologique observé dans la première année de vie qui se traduit par des régurgitations survenant immédiatement au décours de la tétée ou d'un repas ou dans les deux heures qui suivent. Il ne s'accompagne ni de lésion de la muqueuse œsophagienne ni de perte de poids. Il ne requiert aucun examen complémentaire et uniquement une prise en charge hygiéno-diététique ;
- Le RGO pathologique pouvant être à l'origine d'une œsophagite. Elle sera à évoquer devant des pleurs ou une agitation en début de repas, des pleurs persistant lors du repas, un refus alimentaire, une réduction volontaire de l'alimentation, une hypotrophie ou une diminution de la vitesse de croissance staturo-pondérale ; mais également devant des signes cliniques moins spécifiques tels que des pleurs inexplicables diurnes et nocturnes, une irritabilité ou des troubles du sommeil tels que des difficultés d'endormissement ou

une durée de sommeil plus courte. Le RGO pathologique nécessite des examens complémentaires et un traitement médicamenteux.

Bien que le RGO soit lié à des particularités anatomiques et physiologiques propres au nourrisson (retard de la vidange gastrique, œsophage court et estomac de faible capacité...), une observation pluridisciplinaire attentive alliant la thérapeutique pédiatrique et ethnopsychanalytique réalisée notamment par Sylvain Missonnier suggère que ce trouble alimentaire précoce relève souvent du cadre plus générique d'un syndrome relationnel parents/bébé. (14)

Durant les premiers mois de la vie, **les pleurs** ont une importance toute particulière (15), en ça qu'ils constituent un mode d'expression tout à fait privilégié des besoins du nourrisson et sont étroitement liés à sa vie affective. Les enfants pleurent de façon croissante au cours des trois premiers mois, avec un point culminant autour de six à huit semaines. Les pleurs diminuent en fréquence et en intensité autour de l'âge de trois à quatre mois, au moment où le bébé s'engage plus dans la communication avec l'apparition du sourire et d'une meilleure régulation de ses sensations et émotions. Le phénomène de **pleurs excessifs** touche environ 10% des enfants. Il s'agit de pleurs non expliqués, excessifs dans leur intensité et/ou leur durée chez des bébés sans problème organique. Ils surviennent volontiers en fin de journée et sont habituellement calmés par le bercement. Il s'agit d'un phénomène développemental lié à des différences individuelles tempéramentales de réactivité et d'autorégulation.

**Le spasme du sanglot** se caractérise par une perte de connaissance brève due à une anoxie cérébrale chez l'enfant âgé le plus souvent entre 6 mois et 3 ans (16). On lui distingue deux formes :

- La forme bleue la plus fréquente (80%) qui se traduit par une perte de connaissance survenant dans un contexte de pleurs à l'occasion d'une réprimande, d'une frustration, d'une douleur ou d'une peur : l'enfant sanglote, sa respiration s'accélère jusqu'au blocage, une cyanose apparaît et il perd connaissance ;
- La forme pâle, moins fréquente, marquée par la survenue d'une syncope à l'occasion d'un évènement le plus souvent désagréable : douleur subite, peur, émotion intense. L'enfant pousse un cri bref, pâlit et tombe.

Dans les deux cas, bien que l'évolution soit bénigne sur le plan somatique, l'avenir psychologique de l'enfant est plus incertain. Le traumatisme et le climat d'anxiété provoqués par cet état de mort apparente peut aboutir à une démission éducative, source de bénéfices secondaires pour l'enfant et d'une augmentation de son intolérance à la frustration.

L'abord psychosomatique de l'**asthme** de l'enfant nécessite deux remarques (17). La première étant que l'asthme précoce a été moins étudié sous l'angle psychosomatique que l'asthme du grand enfant dans lequel ont été noté de nettes circonstances psychologiques à l'origine des crises et de leur rôle en tant que facteur d'aggravation. La seconde concerne la considération évidente des autres facteurs pathogéniques : mécanisme allergique, pathologies virales aiguës.

L'**eczéma** atopique du nourrisson est une pathologie cutanée fréquente qui débute vers 6 mois et dont l'étiologie allergique est généralement admise (17). Cependant, Spitz a noté que la fréquence de l'eczéma chez le nourrisson vivant en institution était plus élevée. D'après lui, les mères d'enfant présentant de l'eczéma semblent présenter une forme d'hostilité déguisée en anxiété et ceci serait à l'origine d'une éruption eczématiforme chez un bébé avec « prédisposition congénitale ».

Les difficultés d'alimentation précoce peuvent concerner 25 % à 50 % des nourrissons en population ordinaire pédiatrique (18). Les **troubles du comportement alimentaire** que l'on

peut retrouver sont les suivants : anorexie, boulimie, vomissements, mérycisme, hyperphagie, coprophagie... Parmi les troubles les plus fréquemment rencontrés, on peut citer **l'anorexie** commune dite du deuxième semestre qui est la plus typique (19). Elle se présente comme une conduite de refus alimentaire survenant le plus souvent durant la période d'introduction des morceaux, de diversification ou de sevrage. Classiquement, il s'agit d'un nourrisson vif, tonique, curieux de son entourage. Très vite, ce refus alimentaire suscite une réaction anxieuse de la mère, celle de se sentir en échec dans sa fonction de mère. On lui distingue deux formes : la forme simple, dite réactionnelle, passagère et la forme complexe, dans laquelle peut exister une véritable phobie alimentaire ou encore un trouble dans la croissance staturo-pondérale.

Nous citons ici les **troubles sphinctériens** qui ne débutent qu'à partir de la deuxième année.

## 2.2. Troubles psychiatriques

Dans l'étude des conduites et de l'équilibre psycho-affectif d'un enfant, la frontière entre le normal et le pathologique avant 2 ans est floue car dépendante de facteurs environnementaux et développementaux. Le développement, la maturation de l'enfant sont par eux-mêmes des sources de conflits qui, comme tout conflit, peuvent susciter l'apparition de symptômes. Un enfant peut être pathologiquement normal comme il peut être normalement pathologique. (20)

Cependant, l'évaluation de la morbidité, du potentiel pathogène de l'organisation psychopathologique de l'enfant, l'écoute de sa souffrance ainsi que celle de sa famille s'impose au médecin.

Nous traiterons dans cette partie, à titre d'illustration, des grandes entités psychopathologiques pouvant être évoquées devant un trouble du développement psychomoteur chez le nourrisson.

## 2.2.1. Troubles internalisés

### 2.2.1.1. Classification et nosographie

Il est important de préciser qu'un élément clinique retrouvé chez l'enfant tel qu'un retard dans les acquisitions peut se retrouver dans différents cadres nosographiques. De plus, l'aspect évolutif constitue l'essence même de la notion de développement. Ces particularités rendent l'usage des classifications habituelles difficile. Il existe cependant une nosographie spécifique.

Ainsi, la classification Diagnostic Classification Zero To Three (DC 0-3), établie en 1994 et révisée en 2005, se distingue du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) et de la Classification Internationale des Maladies dans sa 10<sup>ème</sup> version (CIM-10) en introduisant le point de vue développemental à la classification des pathologies, ainsi que l'importance de la relation parent-bébé (21). Bien que les catégories diagnostiques d'axe I du DSM-5 ou de la CIM-10 soient utilisées à chaque fois qu'elles sont applicables à la petite enfance, la classification DC 0-3 constitue un outil diagnostique spécifique adapté à la petite enfance. (22)

La classification DC 0-3 révisée adopte une approche multiaxiale découlant directement de la complexité des facteurs pertinents en psychiatrie de l'enfant. Elle comporte cinq axes de référence :

- Axe I : Troubles cliniques ;
- Axe II : Classification des relations parent-enfant ;
- Axe III : Affections médicales et troubles développementaux ;
- Axe IV : Facteurs de stress psychosociaux ;
- Axe V : Fonctionnement émotionnel et social ;
- Un axe VI portant sur le fonctionnement familial est prévu dans la prochaine révision.

L'utilisation complète de cette approche multiaxiale permet une appréhension plus globale de la situation de l'enfant.

### 2.2.1.2. Dépression du nourrisson

La dépression du nourrisson, appelée dépression anaclitique dans sa forme la plus typique, est mise en évidence par Spitz en 1946 dans le contexte de guerre et de séparation brutale d'avec la mère. Elle est alors décrite dans sa forme classique par une symptomatologie franche, une circonstance de survenue chez un nourrisson de plus de 6 mois privé brutalement de sa mère et par son évolution. Cependant, ce sont les formes camouflées ou peu accentuées de dépression du nourrisson qui restent les plus fréquentes. (23)

A la suite d'une séparation, le bébé va classiquement présenter une première phase de *protestation* marquée par des cris et une agitation, suivie d'une phase de *désespoir* avec apathie massive, refus de contact ou indifférence à l'entourage (24).

Cliniquement, on retrouve les éléments de la triade du syndrome dépressif du nourrisson selon Kreisler (1987) : (23)

- Atonie thymique : extériorisée par un comportement d'indifférence morne sans plainte ni larme. Manque de tonus vital et absence de curiosité et d'ouverture envers le monde des objets et envers le corps propre ;
- Inertie motrice : lenteur dépressive, monotonie, mimique pauvre, mobilité corporelle comme engluée, réponse motrice aux sollicitations affaiblie. A cela s'ajoute une tendance répétitive qui est au premier plan de la symptomatologie dépressive ;
- Pauvreté interactive et repli : chute des initiatives et des réponses aux sollicitations. Fixité du regard, détournement fuyant à l'approche ou à la prise dans les bras, puis le retour à la vacuité dépressive. Absence d'engagement dans l'échange relationnel.

L'un des éléments cliniques le plus caractéristique d'une dépression du nourrisson est ce que l'on appelle la situation de **retrait relationnel précoce**, défini comme « l'action de se replier sur soi, de se rétracter comme pour se défendre, préserver sa personnalité » (25). Le retrait relationnel précoce est un symptôme qui existe constamment dans les syndromes dépressifs, l'autisme et les troubles précoces de l'attachement, ou comme conséquence de troubles sensoriels. Il est donc un élément important du répertoire sémiologique précoce. (26)

### 2.2.1.3. Troubles de l'attachement

#### 2.2.1.3.1. Interactions normales

Le lien mère-enfant est initialement décrit par John Bowlby, psychanalyste britannique, qui développe la théorie de l'attachement, attachement décrit comme la « capacité d'établir des liens entre individus ». (27)

En 1943, Winnicott affirme : « Un bébé seul, ça n'existe pas. » Il insiste sur le fait qu'un bébé ne peut exister sans sa mère, ou le substitut maternel, qui en prend soin. L'accent est alors mis sur la relation entre le bébé et son environnement et l'importance d'étudier celle-ci. Il en découle que le soin psychique du bébé ne peut que passer par la relation à sa mère. Il développe par ailleurs la notion de *holding*. (28)

L'interaction est définie comme la réaction réciproque de deux phénomènes. Ainsi, le nourrisson et ses partenaires s'influencent mutuellement dans un processus continu de développement et de changement (29). Ces interactions sont définies et décrites selon trois niveaux :

- Les interactions comportementales : **corporelles** notamment via la sensorialité développée par le nouveau-né et renforcées par le contact du peau-à-peau ou de l'allaitement, **visuelles** grâce aux échanges de regards et **vocales**, le tout illustré par le modèle de la valse, *synchronie* de Stern (30) ;



- Les interactions affectives : modèle *d'harmonisation affective ou accordage affectif* de Stern ;
- Les interactions fantasmatiques.

Elles sont à l'origine de la création d'un lien tissé entre la mère et son bébé. Ce tissage débute du côté de la mère avec l'investissement psychique de la grossesse (31) mais également du côté du bébé, notamment à travers l'audition. Plusieurs études montrent que le fœtus entend la voix de la mère *in utero* dès le 5ème mois de grossesse. (32)

Pendant longtemps, le bébé a été conçu comme un être passif, subissant les influences de son environnement et en premier lieu de sa mère. Actuellement la relation entre le nourrisson et son entourage est perçue comme faite de processus bidirectionnels et dans laquelle le bébé a un rôle dans la modification du comportement de ses parents. D'une certaine manière, le bébé influence sur la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit. (33)

Notons que le terme interaction « mère-enfant » est une commodité de langage, ceci désignant la figure d'attachement.

Le développement de **l'intersubjectivité du bébé** est défini par Trevarthan & Hubley (1978) comme « une recherche délibérée du partage d'expériences sur les événements et les choses » (34) et décrit par Stern comme « l'aptitude de sentir les autres, différents de soi, tout en étant capable d'avoir ou de concevoir un état mental semblable au leur. » Les nourrissons développent cette intersubjectivité entre le septième et le neuvième mois de leur vie.

Denis Mellier s'appuie sur l'approche psychanalytique de l'observation des bébés en famille selon la méthode d'Esther Bick et son extension à la crèche. Dans un article présentant des résultats cohérents avec les découvertes de la psychologie du développement et la psychopathologie, il montre que le bébé est d'emblée dans l'intersubjectivité. Celle-ci

s'exprime successivement selon la prédominance des sensations, des émotions, des représentations d'action et enfin du langage verbal. (35)

### 2.2.1.3.2. Trouble des interactions – trouble de l'attachement

A la fois cause et conséquence d'un trouble des interactions, nous rappelons ici que le **retrait relationnel** (25) est un élément majeur de la réponse comportementale du bébé à l'altération de la relation et peut être un signe précurseur de dépression précoce. Le répertoire du nourrisson est très limité. Soit il proteste, soit il se met en retrait, ce qui est parfois difficile à repérer. Ce retrait est en soi un risque pour le développement, en plus de la gravité possible de son étiologie.

Il existe différents types de perturbation des interactions : (36)

Niveau de stimulation	- excès - insuffisance/manque
Réciprocité et mutualité	- interaction dysharmonieuse - interaction non contingente - voire interaction paradoxale
Aspect temporel	- discontinuité - non transformation de l'interaction (figée) - répétition de la séquence interactive

Le protocole expérimental réalisé dans les années 70 de la « **situation étrange** » (37), consistant à mettre en scène la séparation entre un enfant de 12 mois et sa mère puis ce même enfant et une adulte inconnue dans un enchaînement de 8 séquences, a permis de mettre en évidence 4 modèles d'attachement :

- Type A : attachement « évitant » ;
- Type B : attachement « confiant » ou sécurisant ;
- Type C : attachement « ambivalent » ou attachement anxieux ;
- Type D (décrit plus tard) : attachement « confus-désorganisé ».

Le Reactive Attachment Disorder of Early Childhood (**RAD**) ou trouble réactionnel de l'attachement de la petite enfance décrit un mode de comportement d'attachement nettement inadapté et inapproprié du point de vue du développement, manifeste, dans lequel l'enfant ne se tourne pas, ou, très peu vers une figure d'attachement distincte. On observe un comportement inhibé, émotionnellement en retrait, dans lequel l'enfant ne dirige pas ou très rarement ses comportements d'attachement vers un adulte quelconque. (38)

### 2.2.1.3.3. Echelles et évaluation

Des échelles d'évaluation du lien et des interactions mère-nourrisson existent et sont notamment utilisées par les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). En tête de liste, on peut citer l'**échelle ADDB** (alarme détresse bébé) (Annexe 2) qui évalue le comportement de retrait relationnel du jeune enfant de 2 à 24 mois. Elle analyse le comportement du bébé et le comportement de la mère en précisant qui initie les échanges. Elle en évalue la réciprocité ainsi que la tonalité affective dominante (plaisir, tristesse, indifférence, excitation, vide...). (39)

Elle intègre un chapitre dédié à la place du père : la mère en parle-t-elle spontanément, s'occupe-t-il du bébé, vient-il et participe-t-il à la consultation, a-t-il un rôle de soutien pour la mère, pour le bébé ?

Les auteurs définissent les interactions et présentent cinq échelles : le guide pour l'évaluation du dialogue adulte-nourrisson (GEDAN), la grille d'évaluation des interactions précoces de Bobigny, le CARE-Index, les notations globales des interactions mère-bébé à deux et quatre mois et l'échelle d'évaluation du comportement néonatal de Brazelton (BNBAS). (40)

Nous pouvons également citer les échelles suivantes : Coding Interactive Behavior (CIB), le Denver Developmental Screening Test ou encore les échelles de Bayley.

#### 2.2.1.3.4. Troubles psychiques et difficultés sociales chez la mère

La dépression du post-partum doit être distinguée du **post-partum blues**, qui est un trouble de durée brève (quelques heures à quelques jours) et qui survient chez près d'une femme sur deux entre le troisième et le dixième jour après la naissance.

D'après une étude publiée en 2015, le blues du post-partum, dans sa forme modérée et transitoire, contribuerait à une meilleure régulation du bébé et à de meilleurs ajustements relationnels ultérieurs entre mère et enfant. En revanche, une forme triste, intense et durable de blues de post-partum constituerait une difficulté d'ajustement interactif mère-bébé deux mois plus tard. (41)

La **dépression du post-partum** peut survenir dans les 4 à 6 semaines suivant la naissance (42). Elle associe tristesse de l'humeur, souvent cachée (puisque la naissance est associée à un événement « forcément heureux »), asthénie intense, aboulie, anhédonie, labilité émotionnelle et phobies d'impulsion (crainte obsédante de commettre impulsivement des gestes qui pourraient conduire à la mort du nourrisson). Tout ceci peut se répercuter sur les soins portés au bébé et sur la relation mère-enfant et se répercuter à long terme de façon discrète sur le développement affectif, comportemental ou cognitif du nourrisson. L'un des tests de dépistage les plus employés est l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Annexe 3). (43)

Il a été mis en évidence que les mères présentant une dépression du post-partum présentent une altération de l'interaction avec leur bébé. (44)

Ainsi, la qualité des échanges entre un nourrisson et un parent déprimé est modifiée. Ceci a été mis en évidence par l'expérience du *still face* (visage impassible) en 1975 par les travaux de Tronick et coll (45). Cet auteur demande à des mères de garder un visage dépourvu d'expression pendant 3 minutes en restant assises face à leur bébé. Dans cette situation, des nourrissons de 2

mois tentent d'abord d'induire une interaction avec le visage maternel puis, devant l'échec, ils adoptent une attitude de repliement, de désespoir avec un visage dont l'expression semble affaissée et fermée.

La **psychose puerpérale** est la plus sévère des manifestations psychiatriques du post-partum (46) ; il s'agit d'un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à des troubles de l'humeur, survenant de manière brutale généralement dans les quinze premiers jours après la naissance. Le risque de suicide et d'infanticide est élevé. Sa fréquence est estimée entre 1 et 2 pour 1000 naissances.

Nous évoquons ici sans détailler la possibilité pour qu'une femme présentant un **trouble psychique préexistant** développe une grossesse.

Outre les pathologies psychiatriques de la mère, il n'est pas rare qu'une femme enceinte se trouve dans une situation de **difficulté psycho-sociale**.

#### **- Violences conjugales (47)**

La violence conjugale met en jeu la sécurité de l'attachement car les parents ne sont plus sur une base de sécurité pour leur enfant alors que leur comportement est une source de stress majeur. Il est important de considérer d'une part le rôle que joue l'exposition à la violence et d'autre part la difficulté à assurer un *caregiving* de qualité par le parent victime de violence.

Une méta-analyse réalisée en 2003 porte sur 118 études expérimentales publiées sur l'adaptation psychosociale des enfants exposés à la violence domestique (48). Elle confirme qu'une large majorité d'entre eux ont une moins bonne adaptation psychosociale. Ils présentent de nombreux problèmes : agressivité, anxiété, difficultés de socialisation avec les autres enfants et difficultés scolaires, ce d'autant plus que l'âge est inférieur à 6 ans.

Par ailleurs, ces enfants ont autant de difficultés que les enfants du groupe de comparaison qui, eux, ont été victimes directement de violence.

## **- Prise de toxiques**

### **Alcoolisme maternel**

Dès la naissance, qu'il y ait ou non syndrome d'alcoolisation fœtale, peuvent apparaître des anomalies telles qu'un syndrome de sevrage avec trémulations, mauvaise succion et irritabilité. Ces troubles du comportement tendant à diminuer la qualité des interactions mère-bébé. (49)

Par ailleurs, l'alcool est un tératogène physique et comportemental. Le Syndrome d'Alcoolisme Fœtal (SAF) est un trouble courant (50), dont le diagnostic se fonde sur une triade de caractéristiques chez un individu exposé à l'alcool *in utero* : retard de croissance prénatal et postnatal, modèle caractéristique d'anomalies faciales et dysfonction du système nerveux central.

### **Toxicomanie (51)**

Il apparaît que chez les femmes toxicomanes, surtout héroïnomanes, l'aménorrhée est fréquente. De ce fait, la grossesse est généralement reconnue tardivement, souvent après le quatrième mois. De plus, les problèmes socio-économiques, le mode de vie instable, l'exclusion et le désintérêt pour sa santé expliquent aussi une absence de surveillance prénatale fréquente. Le temps d'élaboration autour de la grossesse est a priori plus court de par cette reconnaissance tardive et le manque de suivi médical prénatal peut nuire à la mise en place de l'enfant imaginaire et des premières relations avec l'enfant réel.

Par ailleurs, les auteurs décrivent le syndrome de sevrage chez le nouveau-né, lié à l'imprégnation toxique d'héroïne ou de substitut comme la méthadone comme présent dans 80% des cas. Ce syndrome apparaît dans les trois premières semaines suivant la naissance et

associe à divers degrés une hyperexcitabilité globale, une irritabilité avec agitation et hyperactivité désordonnée et une réduction du temps de sommeil. Une hypertonie et une hyper-réflexivité sont parfois constatées.

Il existe un fort sentiment de culpabilité de la mère liée à sa toxicomanie et aux potentielles conséquences sur le fœtus. Certains auteurs ont noté que les mères exercent parfois une hyperstimulation.

On peut ainsi supposer que les interactions mère-enfant et les ajustements réciproques seront assez difficiles lors des premières relations mère-enfant, dans ce contexte particulier.

#### **2.2.1.3.5. Place du père ou du tiers**

La place du père a beaucoup évolué au sein de la famille et dans la société. Il a désormais sa place dans les cours de préparation à la naissance, en salle d'accouchement et dispose d'un congé de paternité de onze jours en France depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002 (52), qui devrait être allongé 28 jours d'ici à 2021.

Le père intervient de deux manières : d'une part, sous la forme d'une interaction directe avec le bébé, d'autre part sous une forme indirecte au travers de la relation conjugale avec la mère (53). Bien des caractéristiques de l'interaction mère-nourrisson se retrouvent dans l'interaction père-nourrisson comme la réciprocité des échanges. Cependant, certains caractères sont propres à cette interaction. Elle présente vraisemblablement un caractère plus « physique », plus stimulant que l'interaction mère-nourrisson. Les jeux d'un père amènent le nourrisson à un état d'éveil et d'attention intenses. Il joue à la fois un rôle d'agent de socialisation et de figure d'attachement.

Il semble que les pères jouent, parmi diverses pratiques parentales possibles, un rôle particulier d'activation des enfants dans leur exploration du monde extérieur, sans vouloir les limiter à cette seule fonction et sans vouloir nier l'implication des mères dans cette dimension (54).

#### 2.2.1.4. Troubles anxieux

Il n'est pas facile de distinguer chez le bébé ce qui est de l'ordre de la peur de celui de l'angoisse.

Le domaine de l'angoisse chez le nourrisson est très diversifié et va des premières angoisses s'exprimant dans un vécu corporel (vécu de chute sans fin ou de dislocation corporelle par exemple) aux angoisses plus élaborées, comme celles concernant le sentiment de perte. (55)

Plus l'enfant est jeune, plus son corps lui sert de vecteur relationnel privilégié avec son entourage. Les détresses et angoisses précoces vont s'exprimer par des symptômes qui peuvent volontiers s'installer dans le temps : (56)

- Des troubles du sommeil ;
- Des états d'hypertonie ;
- Des difficultés alimentaires ;
- Une intolérance à la frustration (bébés irritables ou excitables) ;
- Une angoisse de séparation (apparaissant vers 8-9 mois) ;
- Une hyper-vigilance (immobilité silencieuse et attentive) ;
- Des troubles psychosomatiques divers.

Le bébé anxieux est un bébé auquel il est difficile, pour l'adulte, de s'adapter. Les inadaptations de l'un viennent renforcer les inadaptations de l'autre au sein d'une réciprocité difficile. Ces troubles sont très importants à dépister précocement car ils risquent de perturber plus ou moins gravement le développement de l'enfant créant ainsi une fragilité et vulnérabilité aux expériences de vie ultérieures.



## 2.2.2. Troubles externalisés

### 2.2.2.1. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

#### 2.2.2.1.1. Définition

Ce trouble, autrement appelé TDAH se caractérise par l'existence de trois groupes de symptômes, associés à divers degrés : (57)

- Déficit attentionnel, caractérisé par l'incapacité de terminer une tâche, la fréquence des oublis, la distractibilité et le refus ou l'évitement des tâches exigeant une attention soutenue ;
- Hyperactivité motrice constituée d'une agitation incessante, d'une incapacité à rester en place quand les conditions l'exigent (notamment en milieu scolaire) et d'une activité désordonnée et inefficace ;
- Impulsivité, définie par la difficulté à attendre, le besoin d'agir et la tendance à interrompre les activités d'autrui.

Le caractère persistant de ces symptômes et leur retentissement dans différents contextes de la vie de l'individu sont des critères fondamentaux. On peut distinguer les signes du TDAH du profil comportemental naturel de l'enfant, lorsque ces symptômes ont un retentissement préjudiciable au bon développement de l'enfant dans plusieurs milieux de vie, aussi bien dans le cadre de ses interactions sociales ou familiales que dans son apprentissage scolaire ou extra-scolaire.

Il est à noter que le délai de survenue des premiers symptômes a évolué entre la 4ème et la 5ème version du DSM, passant de, « avant 7 ans » à « avant 12 ans ».

En résumé, les critères diagnostiques de TDAH sont :

- Apparition des symptômes avant l'âge de 12 ans ;

- Persistance des symptômes au minimum plus de 6 mois ;
- Répercussions négatives sur le fonctionnement familial, social, scolaire, extrascolaire etc. de l'enfant ;
- Survenue dans plusieurs domaines de vie.

#### **2.2.2.1.2. Avant 3 ans**

Bien que le TDAH soit souvent diagnostiqué après l'âge de 3 ans, on peut coter un TDAH en DC 0-3R sous le diagnostic de *trouble de la régulation* si l'on veut éviter le diagnostic avant 5 ou 6 ans. Antoine Guedeney nous propose un aperçu des signes de TDAH de 1 à 3 ans : (58)

- Tempérament difficile ;
- Trouble de la régulation (selon la classification DC 0-3R : forme hyperactive ou mixte, pouvant se traduire par des troubles du sommeil, une impulsivité majeure, une forte intolérance aux frustrations, une agitation motrice) ;
- Avec des difficultés d'adaptation sociale ;
- Des interactions parents-enfant difficiles.

#### **2.2.2.2. Trouble oppositionnel avec provocation**

Nous citons simplement ce trouble externalisé ici, étant donné que les signes cliniques le caractérisant, à savoir irritabilité, entêtement, susceptibilité, impulsivité, opposition, intolérance à la frustration...etc, ne se manifestent la plupart du temps qu'après 2 ans.

Néanmoins, une étude récente montre que la plupart des enfants présentant un trouble oppositionnel net à 4 ans, le présentait déjà à 1 ans et à 3 ans. (59)

## 2.3. Troubles neurodéveloppementaux : Troubles du Spectre Autistique (TSA) et Troubles Envahissants du Développement (TED)

### 2.3.1. Définitions et classifications

La classification **CIM10** caractérise dans sa forme typique l'autisme infantile, entrant dans le cadre de Troubles Envahissant du Développement (TED), par la triade autistique : (60)

- Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques ;
- Altérations qualitatives de la communication verbale et non verbale ;
- Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.

Il s'agit d'un trouble global et précoce du développement apparaissant avant l'âge de 3 ans.

Dans cette classification de TED, outre l'autisme typique infantile, nous pouvons citer certaines formes d'autisme comme l'autisme atypique, le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger, les autres troubles désintégratifs de l'enfance et autres troubles envahissants du développement.

Le **DSM-IV** publié en 1994 intègre également l'autisme infantile dans les TED.

C'est dans le **DSM 5** (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders dans sa 5<sup>o</sup> révision de l'Association américaine de psychiatrie datant de 2013), que l'on ne parle plus de TED mais de Trouble du Spectre Autistique (TSA) dans lequel seuls deux symptômes de base définissent l'autisme. Il y a symbiose entre les troubles de la communication et les troubles des interactions sociales réciproques : (61)

- Troubles de la communication et des interactions sociales ;
- Comportements restreints et répétitifs.

Cette évolution de la classification amène deux axes, un axe social et un axe comportemental.

Par ailleurs, il définit trois degrés de sévérité des symptômes, leurs niveaux de prise en charge spécifiques et ne fait plus de différence entre les sous-types d'autisme.

Enfin, la Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et des Adolescents (CFTMEA), intègre l'autisme aux TED qui sont considérés comme équivalents à la psychose précoce, elle-même définie par un trouble de l'organisation de la personnalité de l'enfant entraînant des défaillances majeures dans son moi et son appareil psychique ainsi que dans l'organisation de sa relation au monde et à autrui. (62)

### **2.3.2. Signes cliniques (3)**

Les signes cliniques d'un TSA peuvent être observés dès les premiers mois de vie. Cependant, avant l'âge de 2 ans, on parle de retard du développement psychomoteur ou retard des acquisitions.

#### **2.3.2.1. Avant 18 mois**

Il n'existe à ce jour aucun marqueur pathognomonique d'une évolution vers un TSA. Dans cette tranche d'âge, certaines particularités autres que celles liées à la communication de l'enfant peuvent toutefois constituer des indices précoces d'un trouble du neurodéveloppement. Il peut s'agir de particularités dans les domaines suivants :

- Le niveau de vigilance (« enfant trop calme ou irritable ») ;
- Le sommeil (délais excessifs d'endormissement ou réveils) ;
- La diversification alimentaire (refus de textures ou d'aliments nouveaux, rituels alimentaires) ;
- La régulation des émotions (crises de colère inexplicables) et l'ajustement tonico-postural (« n'aime pas » être pris dans les bras) ;
- Le développement de son répertoire moteur ;

- L'exploration inhabituelle des « objets » de l'environnement, humains et physiques, quelle que soit la modalité sensorielle mobilisée (par exemple pour aligner des objets ou éteindre/allumer la lumière).

La persistance de tels indices, l'association d'au moins deux signes, de même que les signes d'alerte majeurs, nécessitent l'examen approfondi de l'ensemble des domaines de développement de l'enfant, incluant la communication sociale.

### **2.3.2.2. Autour de 18 mois**

Les signes de TSA autour de 18 mois peuvent être observés dans les domaines suivants :

- Engagement relationnel (avec les parents et les pairs) ;
- Attention et réciprocité sociale (initiation, réponse et maintien de l'attention conjointe, regard adressé, sourire partagé, pointage à distance coordonné avec le regard) ;
- Réactivité sociale (réponse au prénom) ;
- Langage réceptif (compréhension de consignes simples) et expressif (syllabes répétées, puis utilisation régulière et adaptée de plusieurs mots) ;
- Jeu socio-imitatif et symbolique ;
- Réponses sensorielles (recherche ou évitement de sensations).

### **2.3.2.3. Au-delà de 18 mois**

Chez l'enfant de plus de 18 mois, les signes précédents ou bien la présence de difficultés relationnelles précoces et persistantes combinées à des particularités dans le comportement et les intérêts prenant un caractère anormalement répétitifs, restreints et stéréotypés, doivent alerter sur la possibilité d'un TSA. D'autres signes peuvent apparaître : utilisation inappropriée du langage, pauvreté du contact voire indifférence ou dans certains cas au contraire familiarité excessive, difficultés à reconnaître les émotions d'autrui, balancements et autres mouvements

stéréotypés, résistance au changement pouvant aller jusqu'à la mise en place de rituels, troubles du comportement (agressivité, conduites oppositionnelles), etc.

### 2.3.3. Repérage et diagnostic

Il est important de rappeler que l'un des signes fréquemment retrouvé dans les TSA est le retrait relationnel précoce.

Selon la HAS, le diagnostic de TSA devrait être établi entre 18 mois et 3 ans pour une prise en charge optimale, or il semble qu'en France le diagnostic soit encore trop tardif, entre 5 et 6 ans.

Parmi les nombreux signes pouvant évoquer un TSA, nous citerons les principaux signes d'alerte :

Quel que soit l'âge :	Inquiétude des parents concernant notamment la communication sociale, le langage et la régression des acquisitions langagières ou relationnelles en dehors d'anomalie neurologique.
Chez le jeune enfant :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de babillage, de pointage, ou autre geste socio-communicatif à 12 mois ou au-delà</li> <li>- Absence de mot à 18 mois et au-delà</li> <li>- Absence d'association de mots à 24 mois et au-delà</li> </ul>

#### 2.3.3.1. Modified Checklist in Toddlers (M-CHAT)

Le guide HAS sorti à l'occasion du 3ème plan autisme en 2013 prévoit la réalisation d'un test M-CHAT (Annexe 4) à 16-30 mois par les professionnels formés à ce test (63). A défaut, 4 questions peuvent être posées aux parents :

- Votre enfant pointe-t-il du doigt ?

- Votre enfant vous imite-t-il ?
- Votre enfant joue-t-il à faire semblant ?
- Votre enfant répond-il à vos sourires ?

Le test M-CHAT peut être complété d'un test M-CHAT follow up si le résultat confirme un risque de TSA.

En cas de doute clinique, un contrôle est à réaliser avec le même médecin un mois plus tard.

Selon les recommandations de bonne pratique issues du 4ème plan autisme de février 2018 (64), la prise en charge initiale d'un TSA se compose de 3 niveaux :

- Identification des signes d'alerte ;
- Repérage des enfants à risque de TSA : consultation dédiée en soins primaires ;
- Evaluation et démarche diagnostique menée par des équipes spécialisées de 2ème ligne.

Bien qu'un dépistage systématique de TSA ne soit pas recommandé, certains enfants doivent bénéficier d'une attention particulière concernant le risque de TSA et pour lesquels un repérage est à effectuer. Parmi eux :

- Enfants présentant des signes d'alerte de TSA, dont toute inquiétude des parents concernant le développement de l'enfant, notamment en termes de communication sociale et de langage ;
- Enfants nés prématurément ou exposés à des facteurs de risque pendant la grossesse (médicaments : ex. antiépileptique, psychotrope ; toxiques : ex. alcool, etc.) ;
- Enfants présentant des troubles du neurodéveloppement avec anomalie génétique ou chromosomique connue habituellement associée au TSA ;
- Fratries d'enfants avec TSA, dès la fin de la première année.

### **2.3.3.2. Démarche diagnostique en vue de confirmer ou non un TSA**

Lorsqu'un professionnel de 1ère ligne repère un enfant présentant un ou plusieurs signes évocateurs, il l'oriente vers des professionnels de 2ème ligne, coordonnés en équipe pluriprofessionnelle : équipe de pédopsychiatrie, service de pédiatrie, centre action médico-sociale précoce (CAMPS), centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur l'autisme et l'évaluation de l'autisme.

Dans le cas de situations complexes ou de nécessité d'examens complémentaires, ces professionnels de 2ème ligne peuvent se tourner vers les professionnels de 3ème ligne : professionnels exerçant au Centre Ressource Autisme (CRA) ou en centre hospitalier (génétique, imagerie médicale).

Le diagnostic de l'autisme est clinique, il repose sur un faisceau d'arguments cliniques. Il nécessite une évaluation des troubles et des capacités intellectuelles de l'enfant ainsi que la recherche de maladies associées. Pour se faire, le recours à des médecins hospitaliers spécialistes (génétiens, neuropédiatre) et la réalisation d'examens complémentaires (IRM cérébrale, caryotype, etc.) sont nécessaires.

Un diagnostic initial est possible dès l'âge de 18 mois. Il est recommandé de ne pas utiliser le terme d'autisme avant cet âge mais plutôt la notion de trouble du développement dont la nature est à préciser. Ce diagnostic est basé sur une synthèse des informations apportées par les différents professionnels paramédicaux et psychologues ayant contribué à la démarche clinique approfondie visant l'examen de l'ensemble des dimensions du développement.



### 2.3.3.3. Bilan à réaliser dès la suspicion de TSA

En l'attente de cette consultation spécialisée auprès des professionnels de 2ème ligne et des résultats de la démarche de diagnostic, la HAS recommande au médecin traitant de prescrire les premiers bilans et de mettre en place des interventions précoces.

Le délai attendu entre le repérage d'anomalies du développement et le début des interventions (orthophonie, kinésithérapie ou psychomotricité, socialisation en établissement d'accueil du jeune enfant) devrait être inférieur à 3 mois, du fait de l'urgence développementale chez le jeune enfant.

- Bilans ORL et ophtalmologique ;
- Bilan orthophonique : communication et langage oral ;
- Un bilan du développement moteur par un psychomotricien, un ergothérapeute ou un kinésithérapeute ;
- Orientation de l'enfant vers un établissement d'accueil du jeune enfant, si l'enfant est déjà en crèche : observations par les puéricultrices.

Ces bilans s'accompagnent tous d'une prise en charge immédiate si elle est nécessaire.

### 2.3.4. Epidémiologie

En 2009, la prévalence estimée pour l'ensemble des TED, dont l'autisme, est de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans (65). La même année, la prévalence estimée pour l'autisme infantile est de 2 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans. Dans les années 60-70, la prévalence était estimée à 0.4 cas pour 1000 personnes. L'augmentation du nombre de cas est liée à l'élargissement des critères diagnostiques de TSA, à l'amélioration du repérage ainsi qu'au développement de centres spécialisés.

En 2012, il est classé « grande cause nationale en France » par le ministère de la santé.

## **2.4. Pathologies somatiques**

Les pathologies somatiques du nouveau-nés peuvent être à l'origine d'un retard dans les acquisitions psychomotrices. Souvent du domaine de l'hyperspécialisation en neuropédiatrie ou en génétique, nous donnerons simplement quelques définitions et exemples à leur sujet, bien qu'elles soient systématiquement à rechercher devant un trouble du développement psychomoteur.

Par ailleurs, certains syndromes génétiques avec une déficience intellectuelle peuvent être associés à des dysmorphies, à des comportements particuliers, mais également à des syndromes épileptiques. (66)

Ainsi, les différentes pathologies s'intriquent et s'entrecroisent.

### **2.4.1. Retard mental (67)**

Les déficiences mentales (terme utilisé dans le DSM-IV) constituent un groupe très hétérogène de par leur étiologie, leurs aspects cliniques et leur pronostic. Un point commun les réunit : une altération globale précoce du développement psychique de l'enfant, définie habituellement par l'existence d'un QI égal ou inférieur à 70.

Ainsi, la CIM-10 distingue :

- Le handicap intellectuel léger : QI compris entre 50 et 69 ;
- Le handicap intellectuel moyen : QI compris entre 35 et 49 ;
- Le handicap intellectuel grave : QI compris entre 20 et 34 ;
- Le handicap intellectuel profond : QI inférieur à 19.

Chez l'enfant jusqu'à 3 ans, on utilisera volontiers la notion de quotient de développement (QD) à la place du quotient intellectuel (QI).

Il existe 2 à 3 % de déficience mentale dans la population générale, la prévalence d'une déficience mentale profonde est de 0.3 à 0.4% avec nette prédominance masculine pour la déficience légère.

La déficience intellectuelle est l'expression d'une souffrance qui peut trouver son origine dans le domaine somatique, mais également dans des situations de maltraitance ou de défaut de stimulation.

Les facteurs étiologiques sont bien souvent multiples. On retrouve parmi eux : (68)

- Les facteurs organiques : anomalie chromosomique (trisomie 21, syndrome de l'X fragile...), erreur innée du métabolisme, causes anténatales (embryopathies infectieuses, parasitaires ou toxiques), périnatales (grande prématurité, hypoxie, traumatismes) ou postnatales (méningite, encéphalopathie convulsivante, traumatisme crânien, maltraitance) ;
- Les facteurs environnementaux : carences affectives et éducatives grave ;
- Les facteurs psychiatriques : trouble envahissant du développement ;
- Les facteurs inconnus dans 30 à 40 % des cas.

#### **2.4.2. Epilepsie**

Il s'agit d'une affection caractérisée par la survenue répétitive de crises d'aspect clinique variable, mais toujours dûes à la décharge hypersynchrone d'un ensemble de neurones. (69)

Il existe schématiquement deux types de convulsions : occasionnelles ou récidivantes.

Les convulsions occasionnelles sont les plus fréquentes, classiquement reliées à un épisode fébrile (crise convulsive hyperthermique) ou à une pathologie aiguë neurologique (méningite, hématome sous-dural...). (70)

- En ce qui concerne les convulsions récidivantes du nourrisson, ou épilepsies du nourrisson, on considère les épilepsies partielles ou focales, les épilepsies généralisées primaires et les épilepsies généralisées secondaires qui sont symptomatiques d'un dysfonctionnement cérébral acquis ou constitutionnel. On peut citer ici le **syndrome de West** en tête de file. Il s'agit d'une encéphalopathie épileptogène grave débutant entre 4 et 12 mois, il se caractérise par la triade : - Spasmes en flexion surtout et parfois en extension survenant par salves ;
- Stagnation ou régression psychomotrice ;
- Hypsarythmie sur l'électroencéphalogramme.

Ce syndrome est le plus souvent secondaire et l'enquête étiologique doit faire rechercher une malformation cérébrale, une sclérose tubéreuse de Bourneville, une foetopathie infectieuse, des séquelles d'anoxie périnatale ou d'infections neuroméningées, une anomalie métabolique ou encore une anomalie chromosomique.

Il existe aussi les épilepsies myocloniques du nourrisson (bénignes et sévères).

Les autres formes d'épilepsie s'observent après l'âge de 2 ans.

### 2.4.3. Syndromes génétiques

**Trisomie 21 ou syndrome de Down (71) :** La trisomie 21 est une anomalie chromosomique définie par la présence d'un 3ème exemplaire, en totalité ou en partie, du chromosome 21. La trisomie 21 n'est pas une anomalie rare, mais son incidence à la naissance a diminué significativement dans plusieurs pays, après la mise en place du dépistage prénatal. La prévalence à la naissance est actuellement estimée à 1/2000 naissances vivantes en France. Une déficience intellectuelle variable, souvent légère, une hypotonie musculaire et une laxité articulaire quasi-constantes sont les conséquences habituelles, souvent accompagnées de signes morphologiques et d'un risque de complications, nécessitant un suivi adapté. Les particularités

morphologiques (fentes palpébrales en haut et en dehors, épicanthus, nuque plate, visage rond, nez petit, pli palmaire unique bilatéral) peuvent être discrètes et ne sont pas pathognomoniques. Les principales malformations et complications possibles incluent : malformations cardiaques (canal atrio-ventriculaire) et digestives (atrésie duodénale), cataracte congénitale, maladie de Hirschsprung, petite taille, syndrome de West, épilepsies, leucémies, apnées du sommeil, déficits sensoriels, pathologies auto-immunes et endocriniennes (hypothyroïdie, intolérance au gluten, diabète, alopecie), vieillissement plus précoce et maladie d'Alzheimer.

**Syndrome de l’X fragile (72) :** Il touche de 1/2400 à 1/6000 naissances. Ce syndrome est lié à une mutation du gène FMR1 sur le chromosome X. Les mutations sont dues à une expansion d’un triplet nucléotidique CGG. Les enfants atteints présentent une dysmorphie évocatrice associée à un retard mental plus ou moins important, plus sévère chez les garçons avec problèmes de mémoire de travail et de mémoire à court terme, de fonction exécutive, de langage, de mathématiques et de capacités visuo-spatiales. Les anomalies comportementales peuvent être légères (anxiété, instabilité de l’humeur) ou graves (comportement agressif, autisme). Les comportements autistiques peuvent inclure des battements de mains, un mauvais contact visuel, des morsures de mains, l’évitement du regard, la phobie sociale, des déficits sociaux et de communication et une réaction de défense au toucher. Chez les femmes, les troubles intellectuels et comportementaux sont généralement légers et se composent généralement de timidité, d’anxiété sociale et de légers problèmes d’apprentissage avec un QI normal, bien que 25 % des filles aient un QI inférieur à 70. Le trouble déficitaire de l’attention avec hyperactivité (TDAH) est présent chez plus de 89 % des hommes et 30 % des femmes et la désinhibition comportementale est très courante.

**Syndrome d’Angelman (73) :** causé par la perte du gène UBE 3A, sa prévalence mondiale est estimée de 1/20 000 à 1/10 000. Les enfants atteints ont une apparence normale à la naissance. Des difficultés alimentaires et une hypotonie peuvent apparaître dans les premiers 6

mois de vie, suivis d'un retard du développement entre 6 mois et 2 ans. La symptomatologie typique se développe habituellement après l'âge de 1 an associant déficit intellectuel sévère, absence de langage, éclats de rires avec battements des mains, microcéphalie, macrostomie, hypoplasie maxillaire, prognathisme, troubles neurologiques avec démarche « en pantin », ataxie et crises épileptiques. Les autres signes décrits sont un comportement joyeux, une hyperactivité sans agressivité, une attention réduite, une hyperexcitabilité, des troubles du sommeil (moins besoin de sommeil), une hypersensibilité à la chaleur, ainsi qu'une attraction et une fascination par l'eau.

Il existe un grand nombre d'autres syndromes génétiques pouvant être à l'origine d'un retard de développement psychomoteur que nous ne détaillerons pas ici comme la sclérose tubéreuse de Bourneville, le syndrome de Rett, le syndrome de Prader-Willi, la neurofibromatose de type 1, la dystrophie myotonique de Steinert, le syndrome vélocardiofacial...etc. (74)

On retrouve également des troubles métaboliques congénitaux associés comme la phénylcétonurie, les troubles du métabolisme des purines, les dysthyroïdies...etc.

## **2.5. Troubles sensoriels**

Les déficits sensoriels (visuels et auditifs) constituent un handicap relationnel de l'enfant et sont à haut risque de perturber son développement mental et sa capacité de relation avec son environnement et donc sa sociabilisation. (75)

### **2.5.1. Troubles visuels**

L'idéal est d'identifier ces troubles visuels avant l'âge de 3 ans par le biais d'une consultation spécialisée. Elle recherche une anomalie objective au niveau de l'œil, une anomalie du comportement ou un retard des premiers réflexes visuels. Avant l'âge de 6 mois, on peut retrouver une absence de clignement à la lumière, une absence de fixation ou de poursuite

oculaire, alors qu'après 6 mois, on retrouvera des chutes anormalement fréquentes, une photophobie ou encore un plissement des yeux et des grimaces.

Parmi les pathologies à rechercher :

- Amétropie ou troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie ou astigmatisme), dépistés par un test d'acuité visuelle ;
- Strabisme ou altération de la vision binoculaire, physiologique avant l'âge de 4 mois si intermittent, dépistés par l'étude des reflets cornées et par le test à l'écran (unilatéral et alterné) ;
- Amblyopie : insuffisance uni ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles, principalement dans la discrimination des formes. Dépistée par test à l'écran alterné (positif si réaction de défense à l'occlusion de l'œil sain) et manœuvres droite gauche avec lunettes à écran nasal (positif s'il n'y a pas de changement d'œil fixateur lorsqu'on fait passer un objet de droite à gauche).

Il convient également de rechercher une rétinopathie (surtout chez le prématuré), une leucocorie, un signe de cataracte ou de rétinoblastome, une cornée opaque signe de glaucome ou un œil larmoyant signe d'obstruction du canal lacrymal.

15 à 20% des enfants âgés de moins de 6 ans ont une anomalie visuelle.

### **2.5.2. Troubles auditifs**

Le dépistage précoce d'une anomalie auditive est primordial, étant donné le rôle majeur qu'elle joue sur l'acquisition du langage et donc de la communication.

Des tests de dépistage sont utilisés en maternité chez le nouveau-né comme des otoémissions acoustiques provoquées et des potentiels évoqués auditifs automatisés.

Entre les âges de 4 mois et 2 ans, l'audition est testée à l'aide des jouets de Moatti, on recherche alors le réflexe d'orientation du bébé au bruit ou à la voix de l'examineur, en plus de l'examen otoscopique.

Des signes d'appels évocateurs de surdité nécessitent un dépistage spécialisé, comme une indifférence générale aux sons, des troubles du comportement inexplicables, des otites séro-muqueuses récurrentes mais surtout un retard de langage ou un trouble des interactions.

Parmi les étiologies de surdité, on retrouve :

- Surdités de transmission : bouchon de cérumen, corps étranger, eczéma, otite séro-muqueuse ou chronique ;
- Surdités de perception (plus rares) : génétiques, toxiques (aminosides), infectieuses (méningite, infection à CMV) ou traumatiques.

5 % des enfants âgés de moins de 6 ans ont une anomalie auditive.

## **2.6. Situations spécifiques**

### **2.6.1. Difficultés spécifiques des bébés nés prématurés**

La naissance prématurée d'un bébé amène la problématique d'une séparation précoce, c'est l'histoire d'une rencontre hors du commun entre des parents en devenir et un être en survivance (77). Elle questionne la relation parents/enfant au cœur de la construction du lien. La rupture prématurée et soudaine de la dyade mère/enfant nouée *in utero*, la privation des interactions précoces gratifiantes et paisibles entre la mère et l'enfant peuvent représenter autant d'obstacles à l'établissement d'une relation satisfaisante et à la formation d'un processus d'attachement harmonieux.

Entre 5 et 12 % des naissances surviennent avant le terme normal de la grossesse dans les pays industrialisés avec 1.5% des naissances avant 32 semaines d'aménorrhée (grande prématurité),



0.8% à 32-33 semaines d'aménorrhée (prématurité modérée) et 5.1% à 34-36 semaines d'aménorrhée (prématurité tardive). (78)

Les **complications** possibles de la prématurité sont nombreuses. La morbi-mortalité néonatale reste élevée dans cette population et les risques de handicap moteur, sensoriel ou intellectuels importants. Les déficiences motrices le plus couramment étudiées sont les paralysies cérébrales (infirmité motrice cérébrale), terminologie désignant tout déficit moteur permanent qui résulte d'une lésion non évolutive d'un cerveau immature.

D'un point de vue statistique, la prématurité constitue un facteur de risque de trouble du développement psychique. De plus, il s'agit bien souvent d'une épreuve difficile pour les parents. La grossesse est le lit d'un travail psychique de la part des futurs parents et comporte trois phases : difficulté d'acceptation, adaptation, préparation à la naissance. Ce temps de maturation psychique se trouve réduit en cas de prématurité et peut entraîner des difficultés dans le domaine de l'interaction parents-bébé. (79)

L'étude EPIPAGE (Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels) 1 puis 2 est une étude nationale qui, depuis plus de 20 ans, cherche à mieux connaître le devenir des enfants nés prématurés en réunissant de nombreux articles (80).

Une méta-analyse parue en 2002 dans le JAMA pediatrics rapporte que les enfants nés prématurés présentaient plus de risque de développer un trouble cognitif ou un TDAH par rapport aux naissances nées à terme (81).

La prévalence des TSA est nettement plus importante chez les très grands prématurés (82). Les auteurs, Johnson *et al.* suggèrent que cela est lié au cerveau immature du très grand prématuré.

Concernant les troubles de l'attachement, plusieurs facteurs seraient susceptibles d'influencer la relation d'attachement de l'enfant à sa mère : la période périnatale très éprouvante pour les parents du fait des complications médicales et de la séparation qui en découle par

l'hospitalisation mais aussi les caractéristiques même du nouveau-né décrit comme plus irritable, moins actif, initiant moins d'interaction avec le parent. Muller Nix *et al.* ont décrit deux patterns dyadiques interactifs retrouvés dans les dyades mère/enfant prématuré : (77)

- Pattern de « coopération » : mère sensible/enfant coopérant
- Pattern « contrôlant » : mère contrôlante/enfant compulsif-compliant

Ils ont montré que les enfants issus de dyade de « coopération » ont un devenir semblables à celui des enfants nés à terme, contrairement aux enfants nés de dyade « contrôlante » qui ont un devenir moins bon notamment en terme de symptômes psycho-fonctionnels (troubles alimentaires) et de développement à l'échelle « personnel-social ».

### **2.6.2. Situation de maltraitance**

Selon l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée, l'enfant maltraité est « celui qui est victime de violences physiques, psychologiques (sévères), abus sexuels et négligences lourdes ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé et sur son développement physique et psychologique » (83).

Bien que nous ne détaillons pas cette problématique ici, une étude paraît en 2013 dans la revue JAMA pédiatrie, montrant que les enfants d'âge préscolaire qui ont été négligés ou psychologiquement maltraités présentent un panel de difficultés émotionnelles et comportementales, ainsi que des troubles de l'interaction mère-enfant. (76)

Devant ces éléments, nous constatons que de nombreuses pathologies ou problématiques peuvent influencer le développement psychomoteur de l'enfant. Nous présentons ici un tableau récapitulatif des principaux signes d'alerte en précisant que l'élément majeur reste l'**inquiétude parentale**. (84)

Pas de sourire à 3 mois
Retrait relationnel durable > 2 semaines
Trop sage, dort trop
Pas de babil
Pas d'angoisse de l'étranger à 7 mois
Absence de curiosité
Porte les choses constamment à la bouche
Manque d'imitation, manque d'initiative dans la relation
Difficultés importantes et constantes dans les transitions entre les états
Difficultés à se calmer seul
Colères intenses et répétées
Pas de pointage proto-déclaratif à 18 mois
Pas de faire semblant à 18 mois
Toute interruption du développement du langage et de la communication

Bien que nombre de ces pathologies nécessitent une prise en charge précoce et que le diagnostic soit souvent posé tardivement, le médecin généraliste (MG) doit se garder de se précipiter sur un diagnostic. C'est pourquoi nous rappelons ici qu'il s'agit simplement d'une phase de repérage par le MG qui évoquera à titre personnel une éventuelle pathologie. En revanche, devant la présence d'un trouble du développement psychomoteur, le MG doit revoir l'enfant

afin d'analyser l'évolution de ce trouble et notamment de préciser s'il est transitoire ou persistant.

Enfin, le MG, acteur majeur des soins primaires, se situe à la frontière entre le normal et le pathologique. Il fait le lien entre les familles et les spécialistes, la jonction entre le psychologique et le somatique.

Il n'est cependant pas seul dans cette tâche de suivi du développement psychomoteur de l'enfant, comme nous le verrons dans cette deuxième sous-partie.

## **Deuxième sous-partie : organisation actuelle, deux circuits parallèles**

Le suivi médical des enfants peut être assuré par trois acteurs :

- Médecin généraliste ;
- Pédiatre ;
- Médecin de PMI ;
- De manière plus ponctuelle par les médecins scolaires et médecins de l'Éducation nationale.

Ces différents professionnels gravitant autour du jeune enfant sont acteurs de 1er niveau, le 2ème niveau étant représenté par les institutions comme les services de pédopsychiatrie ou les CAMSP. Ils partagent une même mission de dépistage précoce et de repérage de la souffrance maternelle au cours du post-partum. Ce rôle majeur est notamment spécifié dans le plan autisme de 2018 rédigé par le Ministère de la Santé. (64)

Ils ont chacun leurs spécificités, les contacts entre eux sont rares et se font quasi-exclusivement par le biais du carnet de santé.

### **1. Rôle du MG dans le suivi pédiatrique**

#### **1.1. Généralités**

Le médecin généraliste est souvent le médecin traitant de la famille. Son rôle de coordination, de prévention, de dépistage et de suivi de l'enfant est défini par la loi et décrit dans le document de références en médecine générale à l'usage des commissions de qualification du Conseil National de l'Ordre des Médecins (85). Les MG voient 80% des enfants au sein de la population générale mais ne sont pas toujours bien formés ou sensibilisés à cette question du repérage

précoce. Dans l'idéal, un enfant devrait être suivi de manière rapprochée mais les MG sont plutôt isolés et souvent débordés bien que passionnés en règle générale et « préoccupés » par ces patients (63).

Le dépistage des troubles sensoriels et de l'apprentissage s'inscrit dans les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) depuis la loi de modernisation de la santé portée par Marisol Touraine en 2016 avec la possibilité pour les enfants d'avoir un médecin traitant (MG ou pédiatre) (86).

Les objectifs de santé publique s'organisent ainsi autour de deux grands volets : le suivi des pathologies chroniques (essentiellement l'asthme) et la prévention. Celle-ci comporte huit indicateurs dont : (87)

- Le renforcement du suivi des enfants en situation d'obésité ou à risque de l'être ;
- L'amélioration de la couverture vaccinale par le suivi des vaccinations ;
- La lutte contre l'antibiorésistance ;
- Le dépistage des troubles sensoriels ;
- Le dépistage des troubles des apprentissages ;
- Le suivi bucco-dentaire.

## **1.2. Rythme de suivi**

Le rythme de suivi et la planification des examens de l'enfant sont fixés par un arrêté législatif (88) (Annexe 5).

Il comprend un examen à la naissance, la plupart du temps réalisé à la maternité, un examen dans les 15 jours de vie puis chaque mois jusqu'à 6 mois, puis à 9, 12, 18 et 24 mois pour un total de 13 examens jusqu'à 2 ans.

Parmi ces examens recommandés, trois sont obligatoires avec rédaction d'un certificat médical à transmettre au Conseil Général : ceux du 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois.

Ces trois certificats médicaux servent d'une part à assurer une surveillance sanitaire et sociale de la population pédiatrique et d'autre part à fournir des données utilisées à des fins statistiques et épidémiologiques.

### **1.3. Contenu des consultations**

Ces examens comprennent une évaluation de la croissance staturo-pondérale, un examen physique complet, une évaluation du développement psychomoteur, un dépistage des troubles sensoriels et une mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal.

La surveillance de la croissance staturo-pondérale doit être systématique avec report des chiffres sur les courbes de croissance et calcul de l'IMC à partir de 12 mois afin de repérer un éventuel rebond d'adiposité précoce.

Un interrogatoire approfondi et une observation de l'enfant donnent beaucoup d'informations quant à son développement, il en apprend sur le comportement de l'enfant dans sa vie de tous les jours.

Par ailleurs, en ouvrant un espace de parole, le médecin peut accompagner les parents dans leurs questionnements et inquiétudes mais c'est également de cette manière qu'il peut les informer et échanger sur certains thèmes comme l'alimentation, particulièrement importante la première année, le sommeil, le rythme de vie, la gestion des pleurs... Il peut également

transmettre des messages de prévention sur le mode de couchage, la gestion de la fièvre, la sécurité de l'enfant et la prévention des accidents domestiques. (89)

En 2005, la HAS publie un guide de recommandations de bonne pratique portant sur le dépistage individuel des affections suivantes chez les enfants âgés de 28 jours à 6 ans : (90)

- Les troubles psychologiques et psychocomportementaux ;
  - Les retards de développement ;
  - L'autisme et les troubles envahissants du développement ;
  - Le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention.
- Les troubles du langage ;
- L'obésité ;
- Les troubles de l'audition ;
- Les troubles de la vision ;
- Le saturnisme.

Il précise l'importance d'un suivi régulier des étapes de développement et de la mesure du périmètre crânien notamment jusqu'à 6 ans.

Le groupe de travail n'a pas identifié de test de dépistage du retard de développement généralisable en médecine de ville. Certains tests, comme le test d'évaluation de Brunet-Lézine révisé ou des tests simplifiés de dépistage (test de Denver ou différentes tables de développement), peuvent être réalisés au cours d'une consultation après une courte formation.

Par ailleurs, il assure le lien entre les parents, d'une part, le médecin de santé scolaire, le médecin de PMI ou encore le spécialiste, d'autre part.



#### **1.4. Le carnet de santé**

Le carnet de santé est un document rendu obligatoire en 1945, mis à disposition des professionnels de l'enfance permettant de relater les différentes étapes du développement d'un enfant, ainsi que ses vaccinations et pathologies intercurrentes. Depuis les années 70, il y intègre les trois certificats médicaux obligatoires. (91)

La mise en application d'un nouveau carnet de santé depuis avril 2018 introduit notamment les nouvelles obligations vaccinales, de nouvelles courbes de croissance mais aussi la modification de quelques-uns des items d'évaluation du développement psychomoteur.

Le carnet de santé est une aide précieuse car il permet de faire le lien entre le MG et les autres professionnels gravitant autour de l'enfant, il constitue un guide pour le MG dans son examen du développement avec la mise à disposition de repères cliniques simples à retrouver lors d'une observation attentive du bébé et d'autre part il permet de retracer l'évolution psychomotrice d'un enfant ; il est impératif de savoir que remplir les examens de suivi et préciser les acquisitions psychomotrices réalisées chaque mois permet de laisser une trace utilisable par d'autres professionnels de santé (comme les pédopsychiatres, les puéricultrices, les médecins de PMI, les médecins de CAMPS, les médecins hospitaliers...etc).

#### **1.5. Quelques chiffres**

D'après une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2002, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un médecin généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. Aussi, les généralistes effectuent 61% des consultations et visites délivrées aux enfants de moins d'un an, ces pourcentages montent à 83% à 3 ans (92). Les actes de prévention pédiatrique chez les nourrissons de moins de deux ans représentent, à l'heure

actuelle, le tiers de l'activité pédiatrique en médecine générale, ce qui signe une forte implication des généralistes (93).

Plus, les enfants grandissent plus les tableaux présentés se diversifient. Les jeunes enfants se distinguent des nourrissons et des adolescents par une moindre importance des actes de prévention (94).

### 1.6. Les limites et difficultés du suivi pédiatrique par le MG

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) collecte les données apportées par les **certificats** obligatoires des carnets de santé. Les résultats de l'année 2012, publiés en 2014 montrent un net désinvestissement de ces certificats. On constate un taux de couverture des certificats sur l'ensemble du territoire de 97.1% au 8ème jour (faits majoritairement en maternité), de 45.3% au 9ème mois et de 31.6% au 24ème mois (95).

Le rapport d'utilisation du **carnet de santé** fourni par la Direction Générale de la Santé en 2010 montre que peu de MG ont accepté de participer au recueil des données. (25 % contre 50 % des pédiatres libéraux et plus de 90 % des médecins de PMI et des pédiatres hospitaliers). Quasiment tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude consultent le carnet de santé (95.8%) alors que 87.5% le remplissent systématiquement. Le refus de participer à des études téléphoniques était la première raison invoquée par les médecins généralistes. L'autre raison était le manque d'intérêt pour 19% d'entre eux (96).

Une étude menée en 2008, dans le Maine-et-Loire au sujet du dépistage des anomalies visuelles et auditives chez l'enfant par les médecins généralistes met en évidence une **insuffisance de réalisation des tests de dépistage**. Concernant le dépistage des anomalies visuelles, 66% d'entre eux recherchent les facteurs de risques liés aux troubles visuels et 79% interrogent les familles sur leurs impressions concernant la vue de l'enfant. La réalisation de l'examen visuel

du nourrisson au cabinet est systématique pour 76% d'entre eux lors des examens obligatoires, chutant à 66% en cas de doute émis par les parents et à 51% lors des examens mensuels. 86% des médecins estiment que leur formation était insuffisante à ce sujet (97).

Concernant le dépistage des anomalies auditives, 70% des médecins recherchent les facteurs de risque. 93% interrogent les familles sur leurs impressions concernant l'audition de leur enfant. L'examen clinique est réalisé par 85% d'entre eux lors des examens obligatoires, 64% lors des examens mensuels et 78% en cas de doute émis par les parents. 79% d'entre eux jugent leur **formation insuffisante**.

En terme de formation universitaire, le module de pédiatrie est proposé par l'université au cours du 2ème cycle et est par ailleurs obligatoire. Il est composé d'une formation théorique avec apprentissage du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans et d'un stage d'une durée de 2 mois pendant l'externat.

Au cours du 3ème cycle de médecine générale, un semestre est dédié à la gynécologie et à la pédiatrie, soit un stage d'au moins 3 mois dans un service de pédiatrie.

Enfin, en 2009, une étude s'est intéressée à l'intégration des médecins généralistes au sein du Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne. 397 médecins généralistes ont répondu à un questionnaire évaluant la connaissance du réseau, son acceptabilité par les médecins et identifiant les attentes des professionnels. Un tiers d'entre eux avait connaissance de ce réseau mais seulement 5.8% se disait informés des activités du réseau et des formations proposées alors que beaucoup déplorent une **pratique trop isolée** et sont en demande d'échange et de collaboration accrue avec les autres professionnels de la petite enfance (98).

## 2. La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

### 2.1. Historique de la PMI et ses textes fondateurs

Au Moyen-âge, l'enfant était considéré comme un adulte miniature, dès ses sept ans, il intégrait leur monde, participait aux mêmes travaux qu'eux (99).

C'est seulement depuis un siècle que le statut de l'enfance se distingue de celui de l'adulte. Auparavant, il était considéré comme un moyen de profit familial ou un garant de leur vieillesse. Aujourd'hui, il est devenu dans notre société contemporaine, l'enfant attendu et planifié par le couple. Les changements démographiques réalisés à la fin du XIXème et au cours du XXème siècle vont d'ailleurs marquer les conditions de la place de l'enfant au sein de la société et de la famille.

Durant la Première guerre mondiale, Alphonse Pinard organise la protection maternelle et infantile à Paris.

**En 1945**, la France se trouve dans un contexte d'après-guerre dans lequel s'installe une nécessité d'augmenter sa population afin de palier à une mortalité infantile toujours importante.

Le législateur pose alors la protection infantile comme une priorité nationale. Il crée l'ordonnance 45-2720 qui devient le texte fondateur de la création des services de PMI (100).

Elle crée des obligations à trois niveaux :

Au niveau individuel : une protection généralisée des futurs parents, des femmes enceintes, des jeunes mères venant d'accoucher et des enfants jusqu'à six ans est instaurée par le biais de multiples obligations : certificat médical prénuptial, examens médicaux obligatoires pendant la grossesse, examen postnatal obligatoire, examens des enfants jusqu'à l'âge de six ans, usage de du carnet de santé rendu obligatoire.

Au niveau départemental : création d'un service de protection maternelle et infantile territorialisé assurant des consultations prénatales et des nourrissons, associé à un service social sectorisé.

Au niveau national : l'Etat s'engage à financer l'essentiel des dépenses générées par les mesures mises en place. Le service de PMI se structure autour du couple médecin/puéricultrice.

**La loi du 5 mars 2007** vient préciser et renforcer la protection de l'enfance. Il tend à : (101)

- Développer la prévention et clarifier les missions de protection de l'enfance ;
- Renforcer le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger pour enfant, mieux articuler la protection sociale et la protection judiciaire de l'enfance ;
- Améliorer et diversifier les modes d'intervention auprès des enfants pour mieux répondre à leurs besoins, en matière de suivi éducatif, de conditions d'accueil et de prise en charge.

Cette loi réforme la Protection de l'Enfance en réaffirmant et en élargissant les missions de la PMI avec :

- Proposition d'un entretien psychosocial, au cours du 4ème mois de grossesse afin d'accompagner au mieux la future mère ;
- Proposition d'un suivi postnatal ;
- Dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage de l'enfant ;
- Bilan de santé pour les enfants de 3 à 4 ans, notamment en école maternelle.

Elle prévoit la création d'une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation d'informations « préoccupantes ». La notion de « secret professionnel partagé » est instaurée afin de consentir le partage des informations aux professionnels de santé.

## **2.2. Missions**

Le service de PMI exerce une fonction de prévention visant un maximum de femmes et d'enfants au sein de la population générale. Ainsi, 18 % des femmes enceintes et près de 20 % des enfants (dont plus de 50 % de moins d'un an) à travers notamment près de 250 000 séances de consultations sont suivis par la PMI et plus de 400 000 personnes sont vues en consultations de planification selon les chiffres fournis par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2006 dans un rapport de synthèse sur la PMI (102).

La PMI agit autour de quatre axes :

- La périnatalité ;
- La petite enfance et le soutien à la parentalité ;
- La protection de l'enfance ;
- La promotion de la santé.

### **2.2.1. Périnatalité**

#### **2.2.1.1. Planification familiale**

La planification familiale constitue l'ensemble des moyens qui concourt à la régulation des naissances et s'intéresse, par extension, à la vie sexuelle et affective.

Elle a pour objectif d'apporter des informations individuelles et collectives concernant la sexualité, avec notamment la réalisation d'interventions dans les établissements scolaires,

d'offrir un accès et des explications sur la contraception à travers des consultations dédiées, ainsi que de fournir une contraception anonyme et gratuite aux femmes mineures ou démunies, d'accompagner les femmes souhaitant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), de proposer des consultations de dépistages d'infection sexuellement transmissibles, mais également d'offrir un soutien à la parentalité en préparant à la vie de couple et en proposant des entretiens de conseil conjugal et familial.

Ces activités de planification sont organisées en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et la PMI est spécifiquement désignée pour exercer cette compétence (103).

#### **2.2.1.2. La grossesse**

Dans ce domaine, les actions de la PMI vont porter sur : (104)

- L'information tout public avec envoi gratuit d'un dossier de naissance et d'un carnet de santé à toutes les femmes enceintes enregistrées à la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ;
- Les consultations de suivi de grossesse qui prévoient sept consultations prénatales et l'examen postnatal à toutes les femmes enceintes, bien que les personnes en situation de précarité financière, sociale ou psychologique soient prioritaires ;
- L'accompagnement individuel des femmes enceintes confrontées à une difficulté médicale, sociale ou psychologique avec suivi à domicile réalisé par les sages-femmes du service de PMI ;
- La participation à l'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance et à la parentalité ;

- L'orientation des femmes enceintes vers les spécialistes ou centres de référence à l'aide d'un travail en réseau avec notamment des professionnels de l'addictologie, de la santé mentale, du handicap et de la précarité.

## **2.2.2. Petite enfance et soutien à la parentalité**

### **2.2.2.1. Actions de prévention de 0 à 6 ans (105)**

- Consultation de puériculture et visite à domicile permettant de prodiguer conseils, soins et accompagnement. Elle constitue un temps d'échanges entre parents et enfants autour de la notion de soin, dans l'environnement de la famille ;
- Consultation médicale de jeunes enfants (ciblée sur la tranche d'âge 0-3 ans) : réalisée en binôme par un médecin de PMI et une puéricultrice, elle vise d'une part à s'assurer de la bonne santé et du bon développement psychomoteur de l'enfant par un examen clinique complet et une mise à jour des vaccinations et d'autre part à offrir aux parents un espace d'écoute et d'accompagnement sur les conditions de vie et les modes éducatifs. Elle constitue également un temps de repérage des troubles somatiques et des troubles du lien ;
- Bilan de santé en école maternelle : réalisé par une puéricultrice autour de l'âge de 4 ans et défini dans le cadre de la santé publique, il consiste en un dépistage des difficultés cognitives, psychomotrices, sensorielles et langagières de l'enfant.

### **2.2.2.2. Les modes de garde**

Bien que la majorité des enfants de moins de 3 ans soit gardée par leurs parents (61% selon une étude statistique réalisée en 2013 par la DREES), il existe différents modes de garde : (106)

- Garde par une assistante maternelle agréée (19%) ;



- Garde en Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) (13%) ;
- Garde par les grands-parents ou autre membre de la famille (3%) ;
- Autres modes de garde (4%).

Concernant les modes de garde collectifs (EAJE et assistantes maternelles), la PMI est responsable de la surveillance, du contrôle des établissements et des services d'accueil des enfants de moins de 6 ans et de l'accompagnement des assistants maternels. C'est elle qui autorise l'ouverture d'un centre d'accueil pour enfant (107).

### **2.2.2.3. Dépistage et suivi du handicap de l'enfant**

Par ailleurs, le service de PMI participe aux actions de prévention et de dépistage du handicap sous toutes ses formes. Il oriente l'enfant vers les professionnels de santé ou les structures spécialisées (108).

Ce travail de repérage et d'accompagnement se fait à travers de nombreux partenariats :

- Réunions communes avec la pédopsychiatrie : staff mensuel au sein de l'unité mère-enfant et staff mensuel en pédopsychiatrie. Par ailleurs, la PMI participe au 3<sup>ème</sup> plan autisme comme acteur de 1<sup>er</sup> niveau (109) ;
- Pédiatrie : staff mensuel en néonatalogie : prévention du handicap, prévention des pathologies du grand prématuré ;
- Médecine scolaire et Education Nationale ;
- CAMSP.

### 2.2.3. Protection de l'enfance

Le service de la PMI concourt aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou en risque de l'être (110).

Ces actions comprennent trois axes :

- La prévention des mauvais traitements aux mineurs ;
- Le repérage des enfants en danger ;
- La prise en charge et leur protection, avec le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités.

Ces procédés sont exercés par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) en liaison avec le service de la PMI et le service d'action sociale.

La notion d'information préoccupante est décrite en ces mots : « On entend par information préoccupante, tout événement, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou en risque de l'être, éprouve un besoin d'aide et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation ».

Cette cellule détient un rôle central : elle représente une interface entre les services propres au département (PMI, action sociale, ASE), la justice et l'ensemble des professionnels de l'enfance.

Trois missions lui sont confiées : la centralisation des informations préoccupantes, le traitement et l'évaluation de ces informations, la mission de conseil destinée aux professionnels et une « mission source » auprès de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED).

Par ailleurs, la PMI participe aux commissions en Centre Maternel.

#### 2.2.4. Promotion de la santé

La PMI fait partie des partenaires de la **lutte antituberculeuse** en accueillant les Centres de Lutte Antituberculeuse (CLAT) (111). Ils coordonnent cette lutte au niveau départemental par le biais de :

- Consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le domaine de la lutte contre la tuberculose ; suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale ;
- Dépistage et réalisation des enquêtes dans l'entourage des cas, réalisation d'actions ciblées de dépistage, élaboration des stratégies ;
- Actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques - information, communication - vaccination par le vaccin antituberculeux BCG ;
- Concourt à la formation des professionnels ;
- Développement des partenariats et participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose ;
- Participation à l'évaluation et la surveillance épidémiologique.

Par ailleurs, la mise à jour **des vaccinations** est systématiquement effectuée par le médecin de PMI lors des consultations de jeunes enfants dans le but de favoriser la couverture vaccinale de la population générale.

La PMI participe au recueil et au traitement des **données épidémiologiques** et de santé publique concernant notamment le handicap, les pathologies ou encore la couverture vaccinale. Dans le cadre de ces missions, le service de PMI s'occupe de l'exploitation et de l'extraction des données issues de différentes sources : CPEF, déclarations de grossesse, consultations

prénatales, visites à domicile, actes de naissance, certificats de santé, bilans en école maternelle, consultations pédiatriques préventives, actes de décès des enfants âgés de moins de 6 ans.

Ces données sont ensuite transmises à l'échelle locale et nationale dans un but d'analyse statistique, puis utilisées à des fins de campagnes de prévention ciblées sur la santé de la mère et de l'enfant.

### **2.2.5. Les acteurs (112)**

Le service de PMI est assuré par une équipe multidisciplinaire :

Les médecins à orientation gynécologique assurent les consultations médicales de suivi de grossesse et de contraception. Ils permettent la coordination de l'équipe.

Les médecins à orientation pédiatrique mènent les consultations de jeunes enfants. Ils supervisent les accompagnements des familles à domicile, les accompagnements à la parentalité et les bilans de santé des enfants de 3-4 ans à l'école maternelle.

Les puéricultrices réalisent des consultations et des visites à domicile. Elles assurent la réalisation des bilans de santé en école maternelle avec appui technique du médecin.

Les sages-femmes assurent les consultations prénatales de suivi de grossesse et les suivis à domicile prévus en priorité pour les femmes les plus démunies. Elles participent aux interventions effectuées auprès des collégiens sur les questions de sexualité, en collaboration avec le médecin de PMI.

Les psychologues réalisent des entretiens cliniques afin d'accompagner les parents dans leur parentalité, le but étant d'en repérer précocement les difficultés.

Les éducateurs en parentalité : leur objectif est d'améliorer la qualité de l'accueil des familles lors des consultations, soutenir la relation parent-enfant et créer un espace d'échange et de rencontre. Ils réalisent des accompagnements individuels par le biais de visites régulières de suivi éducatif au domicile.

Les assistantes sociales s'occupent de la prise en charge sociale et administrative des consultants, mais c'est dans la protection de l'enfance que leur rôle est primordial.

Les infirmières travaillant au Centre de Lutte Antituberculeuse.

Nous avons vu que la PMI est une institution réunissant des équipes pluridisciplinaires dont l'attention se concentre sur la femme et l'enfant. Elle s'inscrit donc dans une dynamique de réseau de professionnels œuvrant autour de la périnatalité.

### **3. Le travail en réseau de Périnatalité**

La périnatalité est définie comme la période « autour de la naissance ». Elle englobe une succession d'étapes telles que la période pré-conceptionnelle, la grossesse, la naissance et la période postnatale.

#### **3.1. Généralités sur les réseaux de Périnatalité**

##### **3.1.1. Historique**

Les réseaux de périnatalité ont été mis en place à la suite du plan de périnatalité de 1998 sous le terme de « réseaux de soins » (113), puis développés dans le cadre des politiques successives relatives à la périnatalité essentiellement par des chefs d'établissements hospitaliers. A

l'origine, les réseaux de périnatalité étaient donc des réseaux inter-établissements associant essentiellement les professionnels de santé des maternités de différents niveaux (1, 2, 3) des hôpitaux publics ou privés. Quelques années plus tard, le plan « périnatalité 2005-2007 » (114) recommande le développement de réseaux de proximité ville/PMI/hôpital en amont et en aval de l'organisation inter-établissements. L'objectif est d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire par des réseaux de périnatalité en y intégrant chaque maternité.

Le plan périnatalité 2005-2007 met en avant le facteur humain et se décline sous 4 grands axes :

- Humanité : par la prise en compte de l'environnement psychosocial de la femme enceinte et du nouveau-né avec la mise en place de l'entretien prénatal précoce du 4ème mois et d'un accompagnement spécifique des couples en difficulté ;
- Proximité : par le développement du travail en réseau, dans le but de couvrir l'ensemble du territoire avec une offre de soins proposée notamment par l'intégration des services de PMI et la plus grande participation des sages-femmes libérales ;
- Sécurité : par la mise aux normes des maternités ;
- Evaluation de la qualité des soins par l'application des recommandations et « démarche qualité » basées sur les référentiels de la Haute Autorité de Santé.

A l'issue de ce Plan Périnatalité, les professionnels mettent en place l'entretien prénatal précoce et proposent un soutien postnatal précoce en « prévention de la maltraitance et de la psychopathologie infantile et adolescente ».

### 3.1.2. Définitions

**Réseau de soins :** « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de

celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ». (115)

**Réseau de santé en périnatalité** : ensemble d'acteurs et de ressources investis autour de la prise en charge des femmes, de leur conjoint et du nouveau-né, durant la période périnatale et tout au long d'un suivi plus prolongé en cas de vulnérabilité repérée ou suspectée.

### 3.1.3. Objectifs

Les missions et les objectifs sont précisés dans le Cahier des charges national des réseaux de périnatalité. (116)

Les objectifs généraux des réseaux de périnatalité consistent avant tout à réduire la mortalité périnatale et maternelle, diminuer l'incidence de la prématurité et l'incidence du handicap chez les enfants.

En effet, l'organisation en réseau doit permettre d'assurer :

- Une prise en charge globale de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés ;
- Une prise en charge continue quel que soit le lieu de prise en charge (lien hôpital/domicile) ;
- Le suivi de la mère et de l'enfant ainsi que l'identification des facteurs de risque éventuels afin d'orienter la femme enceinte vers la structure la plus adaptée à sa surveillance ;

- Le repérage des vulnérabilités psycho-sociales et l'organisation de l'accompagnement médico-psycho-social de la grossesse ;
- Le suivi à long terme des nouveau-nés présentant notamment une vulnérabilité d'origine périnatale et susceptibles de développer un handicap ;
- L'information et l'accompagnement des parents tout en respectant leur libre choix ;
- Le partage de l'information (données médicales, sociales et psychologiques) à l'aide d'un dossier périnatal partagé par tous les professionnels du réseau et gardé par la patiente ;
- La création d'une « communauté périnatale » correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau ;
- Des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels impliqués ;
- L'évaluation des pratiques et de la valeur ajoutée du travail en réseau ;
- Le recueil et la transmission des données épidémiologiques afin de participer à la politique générale santé publique périnatalité.

Les **acteurs** du réseau de Périnatalité sont :

- Les professionnels exerçant en ville (médecins, sages-femmes, pédiatres, psychologues, assistants sociaux...);
- Les structures : Hôpitaux, PMI, ASE (Aide Sociale à l'Enfance), centre de planification familiale, centres maternels... ;
- Les patients et associations.

Tout ceci, coordonné par une équipe médico-administrative constituée de professionnels de santé et de membres du personnel administratif, permet à tout moment et à tout professionnel suivant une femme enceinte et appartenant au réseau de contacter un référent dans une maternité de niveau 2 ou 3.



### **3.2. Particularités locales du réseau Thur Doller**

#### **3.2.1. Le Pays Thur Doller et les réseaux de Périnatalité en Alsace**

Localisé dans le Haut-Rhin en Alsace (Grand Est), l'arrondissement de Thann se compose de 4 cantons : Thann, Cernay (seul canton de plaine, regroupant 40% de la population de l'arrondissement), Saint-Amarin et Masevaux.

Le Pays Thur et Doller correspond à l'arrondissement de Thann, à l'exception des trois communes les plus orientales du canton de Cernay (Bernwiller, Staffelfelden et Wittelsheim). Il réunit 49 communes pour une superficie de 486 km<sup>2</sup>. Le Pays comptait 66 120 habitants en 2007 et les naissances domiciliées en 2008 étaient de 761.

Dans la région Alsace, selon le rapport d'activité 2008 de l'Assurance Maladie, on compte seulement deux réseaux de périnatalité : le Réseau Périnatal du Pays Thur et Doller (68) et le Réseau Périnatal Naître en Alsace (67). (117)

#### **3.2.2. Historique du Réseau Périnatal du Pays Thur Doller (RPPTD) (118)**

Le réseau de périnatalité Thur Doller est né d'une concertation pluridisciplinaire autour de la maternité de niveau 1, située dans la ville centre du territoire (Thann). En 2001, des professionnels de santé travaillant dans le domaine de la périnatalité ont décidé de former un groupe de réflexion à la suite des constatations suivantes :

- Les professionnels travaillaient isolément sans savoir quels étaient les autres professionnels intervenant auprès de leurs patientes ;
- Les professionnels mettaient l'accent essentiellement sur le soin, laissant trop souvent la prévention de côté ;

- La nécessité de trouver une solution aux problématiques telles que l'absence de suivi psychosocial, la fréquence élevée de diabète gestationnel et de bébés de gros poids et le besoin de soutien en parentalité.

Le réseau est formalisé et financé en 2006. Il concerne les femmes enceintes, les familles et les enfants en période périnatale jusqu'au 2ème anniversaire de l'enfant.

### 3.2.3. Objectifs et outils du réseau (119)

#### Objectif général

L'objectif général du réseau est l'amélioration et la coordination des actions de prise en charge grâce à un partenariat entre médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, la maternité de Thann, les services médico-sociaux et la maternité du GHRMSA niveau 3.

#### Objectifs

Outre le dépistage précoce des risques obstétricaux et l'orientation précoce des grossesses à hauts risques vers la maternité de niveau 3, deux problématiques se posent. D'une part, l'importance du dépistage précoce des signes pouvant faire craindre l'apparition d'une dépression du post-partum et la prévention des troubles du lien. Et d'autre part, la progression des pathologies de la nutrition : l'obésité infantile et le diabète dans la population française et encore plus en Alsace. Ces objectifs conduisent également à travailler en lien avec le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPPPOP) du territoire 4 qui a dans ses missions la prévention ultra-précoce.

#### Outils

Face à ces problématiques relativement courantes, le réseau réalise les entretiens prénatals précoces et les visites postnatales précoces, s'articulant autour de la naissance du bébé. (120)

Ainsi que le recommande la HAS, **l'entretien prénatal précoce** constitue un espace de parole,

qui permet à la femme, au couple, de s'exprimer sur ses attentes, ses questions et ses craintes (119). Les points d'appui, l'entourage personnel, mais aussi les fragilités sont repérées ; l'accompagnement qui est proposé, respecte les souhaits de la femme ou du couple :

- Entretien avec la psychologue ou avec la pédopsychiatre du réseau ;
- Conseil nutritionnel par la diététicienne du réseau s'il existe un facteur de risque (risque de diabète, surcharge pondérale et obésité, erreurs alimentaires) ;
- Proposition d'accompagnement de la sage-femme de PMI ou des travailleurs sociaux pour une prise en charge et un suivi adaptés ;
- Consultation Tabac ou réseau de prise en charge des addictions ;
- Préparation à la naissance.

Depuis juin 2010, l'**entretien postnatal** est proposé à toutes les patientes dans les 15 jours suivants l'accouchement.

Cet entretien constitue un espace de parole, important pour les familles. Il permet de soutenir l'allaitement, d'observer les premiers liens et les premières interactions qui s'installent, de dépister les fragilités et de proposer un accompagnement adapté.

### **Autres outils**

- Le dossier obstétrical et de suivi de grossesse ;
- Une séance mensuelle d'information sur le vécu psychique de la grossesse : animée par la pédopsychiatre et la psychologue ;
- Plusieurs espaces de conseil nutritionnel animés par la diététicienne du réseau : une séance mensuelle d'information sur les besoins pendant la grossesse ainsi que quelques notions sur la diversification alimentaire du nourrisson ;
- Un dépistage et un suivi du diabète gestationnel ainsi que des diabètes préexistants en lien étroit avec l'équipe de diabétologie du centre hospitalier de Thann.

### **3.2.4. Organisation du réseau (119)**

#### **3.2.4.1. Les acteurs**

Les professionnels du réseau et les structures intervenant pendant la grossesse et la période du post-partum sont :

- Gynécologues obstétriciens de l'hôpital de Thann et les gynécologues libéraux ;
- Sages-femmes libérales et hospitalières de la maternité de Thann ;
- Médecins généralistes, les pédiatres ;
- Professionnels de PMI : sages-femmes, puéricultrice, médecins, psychologues, éducatrices de jeunes enfants ;
- Diététicienne du réseau et l'équipe de diététiciennes de l'hôpital de Thann, l'équipe de diabétologie du centre hospitalier de Thann ;
- Psychologue du réseau, pédopsychiatres ;
- Centre d'Action Médico-Sociale Précoces (CAMSP) de Thann ;
- Parmi les établissements de santé : Centre Hospitalier GHRMSA, maternité de niveau 3, CHU de Hautepierre et CMCO ;
- Parmi les partenaires institutionnels et administratifs : Conseil Départemental, Agence Régionale de Santé (ARS), collectivités locales ;
- Les autres intervenants : infirmières libérales, les travailleurs sociaux, médecins généticiens et autres professionnels de santé de ce secteur.

#### **Place du médecin généraliste dans le réseau : (121)**

Que ce soit pour le suivi ou la prise en charge de pathologies intercurrentes, le médecin généraliste est confronté quotidiennement à la grossesse, la naissance et la petite enfance. Même si la majorité des médecins généralistes n'assurent pas le suivi de la grossesse, ces derniers

restent le repère de la famille au cours de cette période. Beaucoup d'entre eux se forment et s'impliquent activement dans l'accompagnement global des familles. Ils ont notamment un rôle important dans la période postnatale.

D'ailleurs, vingt médecins généralistes ont été formés à l'entretien postnatal précoce et ils réalisent la moitié des entretiens. Les missions du médecin généraliste au cours de la grossesse et en post-partum ont été définies dans un document qui leur est remis au moment de la signature de la Charte du réseau.

Le réseau dispose d'un dossier médical commun à tous et d'un annuaire qui répertorie les ressources présentes sur le territoire. Le suivi médicalisé est harmonisé et respecte les recommandations professionnelles.

#### **3.2.4.2. La prise en charge des bénéficiaires (118)**

Chaque femme enceinte du Pays Thur Doller pourra être incluse au début de sa grossesse. Le fonctionnement du réseau et ses prestations lui sont présentés par le professionnel qui la voit en début de grossesse, une fiche d'adhésion ainsi qu'un document d'information lui sont remis et le dossier de suivi commun est ouvert, renseigné et remis à la patiente. Le rendez-vous d'entretien prénatal précoce avec la sage-femme est proposé à ce moment-là. Le dossier de suivi de la grossesse est ouvert et rempli au moment de l'adhésion au réseau. La patiente est responsable de son dossier et le présentera chaque fois qu'elle rencontrera un professionnel. La patiente, après réflexion, remet le document d'adhésion signé et renseigné. Le dossier sera utilisé pendant les hospitalisations éventuelles et pour l'accouchement.

Après l'accouchement, le dossier sera utilisé par la secrétaire du réseau pour la saisie des données nécessaires à l'évaluation puis par le Département d'Informations Médicales pour le

codage hospitalier. Il sera conservé aux archives de l'hôpital et disponible pour les patientes si elles le souhaitent selon la loi.

À tout moment de sa grossesse et pendant toute la première année du post-partum, la patiente et sa famille pourront, sur proposition d'un des professionnels, bénéficier d'une ou plusieurs prestations du réseau telle qu'une prise en charge nutritionnelle ou par un psychologue ou un pédopsychiatre, une séance d'informations ou de groupes de parole, un soutien à l'allaitement.

La patiente sort du réseau sans formalité dès le premier anniversaire de son enfant.

### **3.2.4.3. Les prestations pour les professionnels (119)**

- Organisation des formations pluridisciplinaires, possiblement mutualisées avec les autres réseaux comme le réseau REPPPOP ou le Réseau Santé de Haute Alsace sur des sujets communs ;
- Mise à disposition aux professionnels d'un annuaire actualisé ;
- Mise en place des protocoles de prises en charge et régulièrement actualisés ;
- Organisation des réunions de synthèse pluridisciplinaire autour de situations difficiles ;
- Transmission d'informations pertinentes et de recommandations par la diffusion d'une news letter électronique et la permanence téléphonique du secrétariat ;
- Mise en lien des professionnels surtout en cas de difficultés repérées ;
- Construction d'un site internet commun avec la Maison Médicale de garde et la Formation des professionnels : [www.santethurdoller.fr](http://www.santethurdoller.fr) ;
- Proposition d'un travail pluridisciplinaire au cours de réunions d'échanges de pratiques le samedi matin à Thann.

En conclusion, le réseau est un réel acteur du territoire de proximité, avec une place dans les dispositifs de prévention et de dépistage. Il assure déjà un rôle d'appui aux professionnels de santé, en particulier aux médecins généralistes confrontés à une situation complexe et est en capacité de coordonner les actions, de réunir les intervenants et d'étayer les situations vulnérables aussi bien pendant la grossesse que dans la période de la petite enfance.

#### **4. Les Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) dans les Troubles du NeuroDéveloppement (TND)**

##### **4.1. Présentation**

Il s'agit d'un dispositif de repérage des écarts de développement mis en place à l'échelle nationale auprès des médecins en 2019 (122). Il permet d'orienter les enfants présentant des troubles du neurodéveloppement vers une plateforme de coordination.

Il s'agit d'engager – sans attendre la stabilisation d'un diagnostic – l'intervention coordonnée de professionnels, dont des psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes, en plus des professionnels conventionnés, conformément aux recommandations de la HAS. Ces interventions doivent permettre soit de lever le doute, soit de progresser dans le diagnostic tout en prévenant le sur-handicap. L'orientation vers la plateforme doit être l'occasion de proposer aux familles un parcours de soins sécurisé et fluide, tout en leur garantissant une prise en charge.

Le parcours de bilan et d'intervention précoce prescrit par le médecin traitant de l'enfant est organisé par la plateforme de coordination et d'orientation. Le forfait d'intervention précoce (123) est versé pendant un an, prolongé de 6 mois si nécessaire. Il est financé sur l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

## 4.2. Critères d'orientation et parcours

Le médecin peut s'aider du guide de repérage des écarts inhabituels de développement et d'adressage pour orienter un enfant vers la plateforme. L'orientation tient compte des facteurs de risques de TND ainsi que de l'inquiétude parentale (124).

En cas de haut facteur de risque de TND, une consultation spécialisée en neurodéveloppement est d'emblée recommandée. En cas de facteur de risque modéré de TND, le médecin de 1<sup>ère</sup> ligne peut effectuer une 1<sup>ère</sup> consultation dédiée.

En cas de repérage de signes d'alerte, le médecin oriente l'enfant vers la plateforme, qui va rapidement mettre en place des interventions précoces et prévoir une consultation spécialisée.

Lors de la consultation dédiée, les critères suivants peuvent être retenus pour un orientation parmi les signes d'alerte : (125)

- Pour les enfants de 0 à 3 ans : présence d'au moins deux signes dans deux des quatre domaines de développement ;
- Pour les enfants de 4 à 6 ans : présence d'au moins trois signes dans deux des cinq domaines de développement (la cognition n'étant considérée comme un domaine de développement qu'à partir de 4 ans).

Le médecin coordonnateur de la plateforme propose un parcours adapté aux besoins de l'enfant et aux constatations cliniques du médecin traitant (126). Cette proposition intervient après un échange avec le médecin traitant et doit avoir lieu dans les 15 jours après que l'enfant ait été adressé à la plateforme. Une fois le parcours enclenché, le médecin traitant reçoit l'ensemble des comptes-rendus de bilan et d'intervention des différents professionnels sollicités. Cela lui permet notamment d'adapter ses interventions au profil de l'enfant.



Le médecin coordinateur de la PCO s'articule avec les structures de 2<sup>ème</sup> ligne – hôpital, CAMSP, CMP, SESSAD – afin d'optimiser la prise en charge de l'enfant.

La HAS évoque la guidance parentale et précise qu'il est essentiel de valoriser les parents dans leurs sentiments de compétence et de les placer au cœur de la prise en charge de leur enfant. Les nouveau-nés à risque de TND peuvent présenter des troubles de la régulation émotionnelle, pouvant altérer la qualité des interactions avec leur famille. Il est recommandé d'intégrer très précocement des stratégies d'accompagnement et de soutien au développement de ces compétences de régulation émotionnelle aux programmes d'intervention et de formation habituellement proposés aux parents d'enfants vulnérables et considérés comme « à risque ».

La plateforme est lancée dans le Haut-Rhin le 1<sup>er</sup> septembre 2020.

Nombreux sont les professionnels travaillant dans le domaine de la petite enfance ; les pratiques restent encore relativement isolées, notamment pour le médecin généraliste et médecin traitant de l'enfant. A l'instar des consultations pluridisciplinaires déjà réalisées en PMI et des pratiques transversales préconisées par les réseaux de périnatalité, les consultations conjointes puéricultrices de PMI/médecin généraliste s'inscrivent dans un processus de tissage et de métissage des approches pluridisciplinaires en invitant les différents professionnels gravitant autour de la périnatalité et de la petite enfance à croiser leurs regards. Ce projet est porté et proposé à l'ARS par le réseau de périnatalité du Pays Thur Doller pour la période 2019-2022.

## Deuxième partie : les consultations conjointes.

### Première sous-partie : description de la mise en place des consultations conjointes.

#### 1. Contexte et naissance de l'idée

##### 1.1. L'observation du bébé

Le clinicien qui reçoit en consultation un bébé et son ou ses parents se voit confronté à une dynamique toute particulière : le « patient » est ici remplacé par le couple « parent(s)- bébé », de plus, le bébé ne peut s'exprimer ni par le langage verbal, ni par le dessin (127). Certaines difficultés en découlent :

- L'examineur a tendance à privilégier ce que la mère (ou l'entourage habituel) dit du bébé à défaut de porter son attention sur l'observation du bébé et de ses comportements ;
- Fréquence des problèmes somatiques qui peuvent entraîner une confusion entre expression somatique et expression psychique ;
- Le nouveau-né est un extraordinaire support fantasmatique selon Harris, non seulement pour ses parents, mais aussi pour tout adulte amené à s'en occuper.

Il existe d'une part des difficultés à observer véritablement un bébé et d'autre part la nécessité de ne pas oublier la dimension subjective de nos interprétations.

Selon Denis Mellier, professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, l'observation d'un bébé implique une certaine **temporalité** ayant pour but de ne pas considérer uniquement l'aperçu immédiat (128). Elle se composerait de trois temps :

- Un temps de discussion préalable du projet en équipe, indiquant une préoccupation collective ;
- Un temps de présence attentive et réceptive ;
- Un temps de discussion ultérieur pour dégager le sens du ressenti et du vécu, ce temps repose sur des échanges entre professionnels.

L'attention se trouverait ainsi « stimulée », soutenue, travaillée et « désintoxiquée » par l'existence des autres temps qui agiraient ainsi comme une « possibilité d'ajournement de la rationalisation hâtive » et constitueraient une chance pour l'élaboration.

L'**observation** permettrait, face au matériel non verbal, de mettre en lumière des contenus qui pourraient passer inaperçus, éclipsés par la pensée secondarisée, l'explication (128). Dans l'observation attentive, c'est le propre espace psychique du soignant qui va servir de « medium malléable » dans le sens où il va être offert comme espace contenant pour accueillir et transformer en objet psychique la matière brute pas encore mentalisée. Il s'agirait d'un travail de décodage des signaux envoyés par le bébé.

Dans l'introduction de son ouvrage, intitulé *Observer un bébé : un soin*, Denis Mellier développe la notion d'**attention** portée au bébé par le biais de l'observation. Elle prendrait un caractère de soin par la mise à disposition du soignant aux émotions et par sa présence (128).

La fonction d'observation, réalisée dans un moment à la fois critique et réceptif de la maternité (questionnements et inquiétudes des parents vis-à-vis de leur bébé), pourrait créer des enveloppes d'attention pouvant contribuer à leur parentalisation.

L'attention (du latin *attendere* : « tendre l'esprit vers »), éclipse la notion de verbalisation et donc de symbolisation primaire. L'**observation partagée** permettrait alors d'instaurer une véritable médiation pour percevoir, recevoir, contenir, penser tout l'impact de la vie émotionnelle du bébé dans son environnement et garder vivante l'attention qui lui est portée.

Cette fonction contenante est expliquée par les travaux d'approche psychanalytique d'observation du nourrisson dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick, qui fut à l'origine de nombreuses formations analytiques à l'observation du bébé (129). Annick Comby, psychiatre, reprend cette méthode et décrit ces trois processus de ce travail d'attention :

- La réception des émotions et anxiétés du bébé et de la famille ;
- Le « contenir » de ces données psychiques ;
- La transformation de ce contenu psychique en pensée ou sens, élément fondamental pouvant émerger lors du temps de discussion ultérieur.

C'est en **motricité libre** que l'observation du bébé est optimale. Dans son ouvrage intitulé *De la naissance aux premiers pas*, Michèle Forestier (130), kinésithérapeute, rappelle l'importance de cette notion de motricité libre dans le développement des fonctions motrices du bébé : il s'agit de laisser le bébé se mettre lui-même progressivement dans des positions qu'il maîtrise. Pas question ici de placer l'enfant assis s'il ne sait pas encore s'asseoir lui-même ou de lui apprendre à marcher en lui tenant les mains. L'enfant apprend seul, à son rythme.

Emmi Pikler, pédiatre hongroise, définit le concept de motricité libre en nous apportant des connaissances détaillées au niveau du développement du bébé et du très jeune enfant, explicitant l'importance de la favoriser pour lui permettre d'en être l'initiateur (131). Elle a développé cette notion de motricité libre après avoir observé et analysé durant de longues années le développement psychomoteur de jeunes enfants, d'abord dans leur famille, puis à la pouponnière de Lóczy.

L'idée de cette observation naturaliste en motricité libre est d'offrir à l'enfant la liberté de s'exprimer par ses gestes, ses regards, ses échanges et ses postures. Cela permet au

professionnel d'observer et d'interpréter le langage corporel de l'enfant, notamment à travers des exercices simples de préhension par exemple avec un mouchoir (jeu, cache-cache) lorsqu'il prend et lâche un objet, le fait passer d'une main à l'autre.

A l'aide de quelques objets simples tels qu'un petit panier en plastique, un mouchoir ou des gobelets en plastique, elle permet de reconnaître une valeur sémiologique à certains gestes. Par exemple sortir et remettre un objet est le reflet de l'apprentissage du contenu/contenant, de la localisation et donc d'une forme de conscientisation de l'espace. Encadrer, empiler, ou plus tard catégoriser, récolter démontre une capacité à disposer dans l'espace et donc à construire.

Le jeu est la « voie royale » d'élaboration de la pensée d'un bébé mais aussi de communication (128) ; c'est pourquoi il est particulièrement intéressant de l'observer dans un tel contexte afin de pouvoir réaliser une tentative de rendre subjectif son univers.

Lorsqu'il est accompagné d'une attention contenante, sécurisante et bienveillante de l'adulte, l'espace de jeu de l'enfant lui offre la possibilité de mettre en scène ses angoisses, ses peurs et ses fantasmes.

## **1.2. Les consultations conjointes jusqu'à aujourd'hui**

Nous présentons ici quelques exemples de consultations conjointes déjà réalisées et/ou décrites dans la littérature.

### **Consultation conjointe dans la douleur de l'enfant (132)**

En 2007, une équipe de pédiatres et de pédopsychiatres du CHU de Toulouse ont mis en place un dispositif de consultations conjointes autour de la douleur chez l'enfant. L'aspect conjoint de ces consultations constitue la clé de voûte de cette expérience réalisée chez 500 enfants autour de laquelle s'articulent des projets de soins personnalisés tantôt à orientation somatique, tantôt psychothérapeutique. Le pédiatre mène l'interrogatoire en présence d'un psychiatre ou d'un psychologue. Cet interrogatoire comporte outre les antécédents médico-psychologiques

de l'enfant et des parents, une évaluation du retentissement de la douleur sur la famille, ainsi que la nature de leur demande (soulager l'enfant, faire disparaître le symptôme, être rassuré par un bilan complémentaire...). S'en suit un temps d'examen physique réalisé par le pédiatre, permettant souvent au psychiatre d'intervenir ou de revenir sur un point de l'anamnèse qui l'a interpellé. D'autres fois, ce sont les échanges entre les parents et le pédiatre qui permettent la rencontre du psychiatre avec l'enfant. Au terme de la consultation, les professionnels font part de leurs observations à la famille et proposent en général une deuxième consultation conjointe. Bien souvent, l'attitude initiale des familles est tournée vers le somaticien, plaçant ainsi le psychiatre en retrait dans un rôle d'observateur.

Une importance est donnée à l'observation des attitudes non verbales et des lacunes de discours ; elles permettent d'entrevoir le fonctionnement familial, la place de l'enfant, le niveau d'acceptation de la douleur de l'enfant.

Le duel somatopsychique représenté par les deux professionnels, vu d'abord comme des oppositions, met en lumière les mouvements intrapsychiques des jeunes patients avec notamment leurs propres clivages somatopsychiques, mais permet également d'entamer un dialogue entre ces espaces psychiques différenciés, représenté par l'échange entre les deux intervenants en fin de consultation. Il semble par ailleurs que la consultation duelle autorise un soutien mutuel interprofessionnel permettant l'émergence de la fonction contenante puis élaborative et peut se révéler ainsi thérapeutique par le déplacement des symptômes de l'espace intersubjectif entre l'enfant et ses parents vers un espace tiers et par l'élaboration psychique.

En conclusion de cet article, les auteurs notent une amélioration des symptômes douloureux, une relance des processus psychiques et un premier pas vers un travail psychothérapeutique individuel ou familial.

### ***Observer un bébé : un soin***

Citées dans l'ouvrage *Observer un bébé : un soin*, dirigé par Denis Mellier, Joëlle Rochette (psychologue clinicienne) et Nathalie Colas (auxiliaire de puériculture) présentent une expérience de pratique réalisée en centre maternel : **le baby-club** (133) et qui reprend ces trois temps décrits précédemment.

Ce lieu d'accueil « mère-enfant », ouvert à toutes les femmes du centre maternel est animé par une puéricultrice et une éducatrice de jeunes enfants (temps 1), après chaque séance, elles doivent prendre des notes sur ce qui vient de se dérouler (temps 2). Enfin, l'équipe est complétée par la psychologue qui assure les temps de reprise et d'élaboration (temps 3).

Un autre psychologue cité dans le même ouvrage, **Patrick Mauvais** (134), revient également sur les différents temps attribués à l'observation du bébé dans un chapitre sur l'observation partagée :

- Temps d'attention portée au bébé avec consignation écrite des évènements observés ;
- Regroupement périodique des données par domaine de développement réalisé pour chaque enfant ;
- Présence régulière de tierce personne (psychologue, puéricultrice) dans le but d'accompagner cette pratique de soin ;
- Partage des données concernant l'enfant entre les soignants et les tiers observateurs, par écrit ou par oral, dans l'immédiat ou par la suite.

Il explique que la mise en évidence d'évènements comportementaux se rapportant à un enfant, la réflexion en équipe, les hypothèses formulées sur leur signification et leur rattachement à un processus de développement constituent un soutien primordial de l'attention portée à l'enfant et de l'espoir dans les possibles progrès des soignants ainsi que dans leurs capacités.

Il semble que la présence d'un tiers et l'élaboration à plusieurs permette le maintien d'une attitude empathique et soignante en partie par le partage des émotions éprouvées lors du temps d'observation.

Patrick Mauvais conclut l'observation conjointe retranscrite d'une petite Sonia prématurée comme ceci : « Notre visée était ici avant tout descriptive, avec l'objectif de faire apparaître la complexité de la tâche incombant aux soignants et l'importance de la présence régulière de tiers observateurs susceptibles d'apporter à la fois un soutien émotionnel et une contribution à la prise en compte et à la valorisation des signes discrets des avancées réalisées par l'enfant. La continuité des soins et la préservation d'une empathie suffisante (pourtant indispensables à l'évolution correcte de ces enfants) n'auraient pas été possible sans une telle médiation. »

Ainsi, l'observation partagée constituerait un *holding*.

Enfin, **Denis Mellier** lui-même propose dans le même ouvrage une observation personnelle en crèche (135). Encore une fois, le temps se décompose en un temps d'observation, puis en un temps d'échange et de discussion entre professionnels, plus interprétatif, d'analyse des situations.

Il remarque que souvent, le regard porté précédemment sur un enfant change du simple fait d'une attention plus profonde, mutuelle et partagée. Cette fonction d'attention nécessite cependant une formation ou une aide car elle peut parfois être éprouvante en raisons des émotions ressenties et de la détresse qui peut être perçue.

Il constate que « le simple fait d'augmenter le cercle d'attention, de se conforter mutuellement dans cette attention [...] et d'ouvrir un champ d'élaboration commune, semble, faire renverser certains cercles vicieux engagés entre un enfant et son environnement ».



### **Les consultations jeunes enfants en PMI**

Ces consultations proposées aux enfants de 0 à 2 ans viennent compléter les consultations de puériculture. Réalisées conjointement par une puéricultrice de PMI et un médecin de PMI, elles comportent :

- Un interrogatoire des parents sur le mode de vie, l'alimentation, le sommeil, le développement ;
- Un examen physique complet avec pesée, mesure de la taille et du périmètre crânien, dépistage d'anomalies sensorielles ;
- Une observation du bébé et une évaluation de son développement psychomoteur ;
- Une mise à jour des vaccinations.

### **Les consultations en Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP)**

A l'admission en CAMSP, un premier entretien a lieu avec l'enfant, sa mère et/ou son père et/ou un tiers responsable, le médecin coordinateur et le directeur de l'établissement. A ce temps d'observation attentive du comportement de l'enfant s'ajoute un interrogatoire poussé sur les antécédents médicaux et de vie de l'enfant et des parents, sur le déroulement de la grossesse et sur les éléments de son développement.

La prise en charge des enfants se déroule en équipe pluridisciplinaire (psychologue, éducateur jeunes enfants, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, assistant social, médecin) et bien que chaque professionnel travaille seul avec l'enfant, les échanges interdisciplinaires sont quotidiens et riches.

### **Travaux de Marie-Odile Sibre**

Le binôme professionnel, une « matrice psychique » selon Marie-Odile Sibre, adjointe de direction du centre maternel l'Ermitage de Mulhouse, constitue la fonction d'attention portée

vers les premiers liens au sein d'une triade naissante. Observer le bébé en continu, la constellation familiale et le lien revêt un caractère actif. Les travaux de consultations conjointes menés par Marie-Odile Sibre sont cités dans l'ouvrage *Le bébé dans sa famille*, écrit sous la direction de Denis Mellier, Pierre Delion et Sylvain Missonier. (136)

Mises en place au centre maternel en 2012, les consultations conjointes sont proposées en binôme par le médecin du centre maternel, Catherine Elsass et la psychologue ou la puéricultrice. Réalisées de manière hebdomadaire, elles durent environ une heure, dans un bureau où l'espace de chacun n'est pas figé. Les intervenants impliqués ont déjà eu le loisir d'observer les patients en amont des consultations conjointes. Celles-ci s'inscrivent ainsi dans une enveloppe d'accompagnement.

Le double regard offert par les observateurs et la mise à disposition de leur attention créent une enveloppe contenant à la fois de la mère et de l'enfant en un même endroit et en un même temps. Lors des consultations, des outils d'observation comme ceux créés par Serge Lebovici, permettant de repérer les signes d'inconfort du bébé (dysharmonie du tonus, agitation motrice...) ou encore l'échelle ADBB élaborée par le Professeur Antoine Guedeney sont utilisées dans le but d'affiner l'observation ou de détecter un retrait relationnel.

Encore une fois, les consultations conjointes se déroulent en trois temps :

- Un temps d'accueil de la dyade mère-enfant, sans trame définie à l'avance, permettant ainsi une attention pleine et un espace riche d'expression et d'observation ;
- Un temps d'échange entre les professionnels, de discussion, à la recherche d'une analyse et d'une interprétation de ressentis souvent confus au départ ;
- Un temps de réflexion à distance, en l'absence des familles.

Il s'agit de créer un espace libre de jugement où la mère et le bébé vont pouvoir reconstruire un nouveau lien souvent mis à mal dans le passé par un vécu ponctué de ruptures, de séparations

ou d'isolement. Les professionnels deviennent le réceptacle des projections de la mère sur son bébé.

Les intervenants du centre maternel remarquent que les liens et les échanges qui les unissent se renforcent, améliorant également la qualité des interactions avec les personnes accueillies et favorisant une continuité dans la prise en charge. De ces observations partagées découlent des projets de soins plus adaptés vers des structures extérieures.

Les consultations conjointes réalisées jusqu'à maintenant tendent à concilier l'aspect somatique et psychologique d'un individu et d'une famille à travers l'observation partagée par la discussion mais également d'observer un lien en phase de construction. Les exemples de consultations conjointes que nous avons vues se déroulent pour la plupart en institution : hôpital, pouponnière, PMI, CAMSP, crèche... Il semble que cette expérience soit rarement réalisée en pratique de ville.

### **1.3. Naissance du projet**

Dans le cadre du réseau de Périnatalité du Pays Thur Doller *Naître en Alsace*, des réunions mensuelles de formation sont organisées autour du sujet de la femme et de l'enfant. Le projet de consultations conjointes est alors discuté avec Dr Lévêque Marie-Josée (médecin généraliste et médecin coordinatrice du CAMSP de Thann), Marie-Odile Sibre (adjointe de direction du centre maternel l'*Ermitage* à Mulhouse) et la PMI du Haut-Rhin représentée par Dr Vu Xuan Frédérique.

Une étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés, réalisée en 2018 dans le Haut-Rhin et portant sur les difficultés de repérage des Troubles du Spectre Autistique (TSA) en médecine générale explore la perspective des consultations conjointes en vue d'une amélioration du processus de repérage des TSA mais aussi d'une accélération des délais de prise en charge auprès de 12 médecins généralistes (63).

En somme, la majorité des médecins interrogés (dans le secteur 4 en Alsace) seraient favorables à ce dispositif de consultations conjointes en cas de doute clinique, tant que ce n'est pas uniquement pour réaliser des échelles ou des protocoles.

Ils espèrent ainsi pouvoir raccourcir les délais de prise en charge, en apprendre plus sur les TSA, être formés aux outils de repérage, proposer un meilleur accompagnement des familles ainsi qu'une meilleure orientation initiale du fait de la connaissance des structures et des réseaux.

La puéricultrice pourrait mener rapidement les examens complémentaires qu'elle pourrait guider en accord avec le médecin et pourrait représenter un intermédiaire manquant entre la médecine générale et les institutions (CAMSP, PMI, Centre Ressource Autisme...)

En conclusion de cette étude, les médecins se sentent investis dans leur mission de repérage et de suivi régulier. Il y a une véritable hésitation quant au fait de caractériser un signe d'alerte : peur de se tromper, de perdre la confiance des familles, d'affoler en excès...

Les consultations conjointes proposent une double écoute des inquiétudes, un double regard et une double interprétation. Elles pourraient constituer un meilleur soutien aux médecins généralistes et leur apporter une forme de sérénité vis-à-vis de cette problématique.

C'est donc dans ce contexte et dans le cadre du réseau de périnatalité que le projet de consultations conjointes voit le jour.

## **2. Réunions et séminaires**

### **2.1. Réunion d'introduction au projet – le 12/04/2018**

Les professionnels (médecins généralistes et puéricultrices de PMI) intéressés par les consultations conjointes se réunissent le 12 avril 2018, en présence des médecins de PMI, afin de discuter des attentes et des modalités pratiques de réalisation.

#### **2.1.1. Contexte actuel**

Le réseau Equipe de Diagnostic et d'Intervention Précoce Autisme en Alsace (EDIPA) inclut les pédopsychiatres dans le plan autisme mais la pénurie de pédopsychiatres ou de médecins formés rend l'accès aux structures spécialisées complexe.

D'autre part, le médecin généraliste exerce seul la plupart du temps ce qui rend difficile ce temps d'observation du bébé, mais aussi de la maman, tout en menant l'interrogatoire et l'examen clinique. Les professionnels de la petite enfance ne pensent pas toujours non plus à alerter le MG : retour des consultations par téléphone, courrier, mail...

Enfin, il peut arriver qu'ils n'admettent pas les difficultés observées, notamment dans les situations complexes ou particulièrement difficiles qui demanderaient le double d'attention.

Comme nous l'avons vu, la puéricultrice a l'habitude de travailler en équipe, de confronter son regard à celui d'un autre professionnel, ce qui n'est pas le cas du médecin généraliste. Il s'agit dans un premier temps de se former ensemble, de croiser ses regards avec confiance et respect et de s'approprier les outils existants mais aussi de se laisser surprendre.

#### **2.1.2. Les attentes des professionnels**

##### **Communication**

Les professionnels expriment un besoin d'échange, de se connecter les uns aux autres, d'apprendre à se connaître et de créer du lien entre les différents acteurs de prévention qui ont

parfois l'impression que deux couloirs avancent parallèlement sans jamais se croiser. Seul le carnet de santé permet à l'heure actuelle de communiquer sur leurs préoccupations concernant un enfant. Pour cela, il est nécessaire de travailler dans le même sens, de se faire confiance lors de cette phase d'expérimentation du dispositif et finalement de test pour les professionnels, en terme de collaboration. Ceci permettra également de mieux connaître le métier de l'autre, à l'instar du réseau de périnatalité. Dans le cadre de ce travail interdisciplinaire, le MG, mieux identifié que le service de PMI par les familles, peut plus facilement « recruter » les situations à risque et inversement, la puéricultrice peut sensibiliser les parents au rôle de coordination du MG. Lors des consultations conjointes, les professionnels auront l'occasion d'objectiver et de renommer leur ressenti « façon de tenir le bébé... », mais aussi de s'enquérir du ressenti des parents face à ce nouveau cadre de consultation.

### **Formation**

Les MG ressentent un certain besoin à être formés dans le domaine de la petite enfance : utilisation des outils diagnostiques (test de Lang...), des échelles (M-CHAT) qui représentent un temps long au cours de la consultation mais permet un langage standardisé dans cet environnement cloisonné en informations. Les MG peuvent ainsi changer leur façon d'observer les enfants et cette consultation permet d'introduire la PMI par un premier contact avec la puéricultrice.

### **Protection de l'enfance**

Il existe chez les puéricultrices une intense volonté à faire plus de prévention afin d'être moins dans le domaine de la protection de l'enfance. En cas d'information préoccupante, la puéricultrice a un rôle d'évaluation de l'enfant : son développement, son comportement, mais aussi d'accompagnement des familles afin d'éviter le placement. Elles voudraient se détacher de cette image de surveillance afin d'établir des relations de confiance avec les familles. Le MG

a un rôle d'information sur les puéricultrices et la PMI auprès des parents qui ont souvent plus de confiance envers le MG. Il doit alors placer la puéricultrice au sein de ce lien de confiance d'où l'intérêt de mieux connaître ses missions. Actuellement, par manque de communication, il y a un risque d'avoir deux discours parallèles voire contradictoires envers des familles parfois en quête de repères, la parole du MG peut être en porte-à-faux par rapport à la PMI et inversement.

### **Complémentarité**

En plus de la complémentarité intrinsèque liée à leur corps de métier, les différents acteurs peuvent apporter un certain nombre d'éléments pouvant aider à la compréhension du développement de l'enfant.

Les puéricultrices ont l'occasion d'effectuer des visites à domicile qui constitue un temps d'observation précieux de l'enfant dans son environnement. Le MG peut également apporter de nombreux éléments concernant les antécédents et le suivi médical.

#### **2.1.3. Conclusion et synthèse**

Il existe actuellement un profond clivage principalement lié à un manque de communication, d'échanges et de formation : d'un côté le MG isolé et débordé, de l'autre, la puéricultrice, spécialisée et sensibilisée aux enjeux de la petite enfance, en lien avec des équipes pluridisciplinaires, travaillant au sein d'un réseau. Ces deux intervenants ont des domaines d'expertises à la fois communs et différenciés et ont pourtant une même mission de prévention.

Par ailleurs, le MG manque bien souvent de temps. Ce temps d'observation peut paraître long mais il permet de déléguer, de se faire soutenir et accompagner dans ses prises en charge, il ne reste donc plus seul face à une situation familiale complexe.

Ces situations souvent préoccupantes nécessitent une pluridisciplinarité et un dépistage plus précoce. Ceci passe par une meilleure observation du bébé qui peut être réalisée par un double regard.

Les professionnels ressentent le besoin d'avoir plus de contacts, ainsi qu'une communication rapide et facile avec une nette préférence pour les mails. Ils voient l'intérêt du numéro unique 'allo PMI' et espèrent pouvoir aisément se solliciter les uns les autres notamment grâce à la sectorisation des puéricultrices.

Cette complémentarité semble pouvoir être bénéfique d'une part à tous les professionnels de la petite enfance et d'autre part aux enfants et à leur famille par une élaboration conjointe à travers l'observation déjà portant déjà un aspect thérapeutique.

## **2.2. Séminaire de formation à l'observation du bébé – le 21/09/2018**

Le groupe de professionnels ayant participé à la réunion d'introduction se réunit à nouveau le 21 septembre 2018 autour de Marie-Odile Sibre (Directrice adjointe du Centre maternel l'Ermitage à Mulhouse) pour un temps de formation commune portant sur le thème de l'observation du bébé et comprenant la présentation d'outils pouvant être utilisés lors des consultations conjointes : score M-CHAT, ADDB, grilles d'observation du lien, films d'observation.

Dans un premier temps, le groupe travaille en ateliers. Ils relèvent une nouvelle fois leurs attentes puis revoient ensemble les grandes étapes du développement : examen à 15 jours, 2 mois, 4 mois, 9 mois, 12 mois et 16 mois. Une réunion plénière permet aux professionnels de donner un retour de leurs ateliers et offre l'occasion de discuter avec Marie-Odile Sibre après une présentation des outils d'observation. Ils discutent ensuite en groupes des outils qu'ils souhaiteraient utiliser pour les consultations conjointes.

Enfin, Marie-Odile Sibre livre ses commentaires et le groupe programme la suite des réunions.



### **2.3. Réunion de synthèse et d'élaboration de la grille d'observation – le 13/12/2018**

Le même groupe de professionnels réalise le 13 décembre 2018, lors d'une dernière réunion, une grille d'évaluation qui sera utilisée lors des consultations. Cette grille se base sur de nombreux documents préalablement sélectionnés et constituant une « caisse à outils » : grilles utilisées par la PMI lors de consultations conjointes, échelle ADDB, CHAT et autres grilles d'observation.

L'idée de départ est la réalisation d'un document ressource pour l'écriture d'un compte-rendu de consultation à définir.

Deux groupes de professionnels réfléchissent ensemble à la réalisation d'une grille d'observation à partir des documents de la caisse à outils.

Celle-ci comporte d'une part l'observation du bébé, les éléments importants de son histoire et d'autre part l'observation des interactions entre les différents acteurs de cette consultation, mais également du ressenti de chacun, ainsi qu'une synthèse issue de l'élaboration groupale comportant une proposition de prise en charge adaptée. C'est l'élément d'inquiétude du professionnel qui motivera cette consultation, il devra donc apparaître clairement sur la grille.

Les deux groupes de professionnels mettent leur critères d'évaluation en commun et aboutissent à la réalisation de la grille d'observation qui sera utilisée lors des consultations conjointes (Annexe 6).

### **3. Cadre pratique des consultations conjointes**

Basé sur les expériences de chacun, sur les consultations conjointes réalisées dans d'autres contextes et à l'issue de ces trois réunions, le groupe aboutit à l'élaboration d'un **cadre pratique**.

**Dans un premier temps :**

- Alerte par l'un des professionnels, (MG ou puéricultrices) suite à une inquiétude concernant le développement psychomoteur d'un enfant âgé de 0 à 2 ans ;
- Information des parents et recueil du consentement ;
- Proposition de consultation conjointe au cabinet du médecin traitant ou au Centre Médico-Social (la phase d'observation du bébé se fera sur un tapis posé au sol) ;
- Si l'enfant a un autre médecin traitant, la puéricultrice sollicitera le médecin de PMI ;
- Présence d'un parent ou des deux, sans la fratrie (observation d'une dyade ou d'une triade uniquement).

**Lors de la consultation :**

Lors de cette discussion, les intervenants présents déterminent deux rôles : l'un va se centrer sur le ou les parents présents et donc plutôt mener l'interrogatoire, l'autre sera l'observateur-récepteur du bébé. Ces rôles peuvent s'inverser d'une consultation à une autre ou lors d'une même consultation. Il y a nécessité de « mouvements » de l'un vers l'autre, en prêtant attention toutefois à ne laisser seul ni le parent ni le bébé.

Cette consultation sera composée de **trois temps** :

- L'observation directe conjointe ;
- La prise de notes ;
- La régulation groupale.

Les professionnels fixent une durée d'**une heure** pour la réalisation d'une consultation conjointe :

- Observation directe : 30mn ;
- Débriefing avec les parents : 10mn (ce temps consiste à recueillir le ressenti du parent vis-à-vis de cette consultation, il ne s'agit pas du compte-rendu) ;
- Débriefing professionnel : 20mn (avec discussion sur la synthèse et l'orientation ou les propositions de prise en charge) ;
- Retour aux parents dans un temps ultérieur par l'un des professionnels.

A l'issue de ces réunions d'élaboration et d'organisation des consultations conjointes, très peu de consultations conjointes voient le jour.

Il semble que cette initiative de consultations ne soit pas si simple dans sa réalisation ; c'est pourquoi nous organisons le 5 décembre 2019 un entretien en groupe de discussion afin d'explorer et d'évaluer les éventuelles difficultés que les professionnels participant à ce dispositif innovant rencontrent.

## **Deuxième sous-partie : étude qualitative : freins et difficultés à la mise en place des consultations conjointes.**

### **1. Introduction**

La première réunion d'information et d'introduction s'est tenue le 12 avril 2018. Un an et demi plus tard, seulement six consultations conjointes ont été réalisées. Ainsi nous avons souhaité évaluer les difficultés et les freins rencontrés par les professionnels dans l'initiation de ces consultations conjointes. Pour mieux cerner les appréhensions pouvant être rencontrées par les professionnels et caractériser leurs représentations et motivations, il a paru pertinent d'interroger un groupe de participants au dispositif. Le principal objectif est de déterminer les freins potentiels à la mise en place des consultations conjointes et de préciser les modalités de réalisation de celles-ci. Il s'agissait également de recueillir les témoignages de professionnels ayant déjà réalisé des consultations conjointes et d'objectiver les facteurs favorisant leur tenue. Enfin nous avons souhaité offrir la possibilité aux professionnels participant au dispositif de nourrir leurs réflexions concernant ces observations conjointes.

### **2. Matériel et méthode**

#### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur l'analyse de données recueillies sous forme de verbatim lors de l'entretien d'un groupe de discussion semi-structuré. Par cette méthode, nous avons espéré favoriser la libre expression par les professionnels de leurs appréhensions et réfléchir en groupe de discussion aux facteurs favorables au dépassement de leurs craintes. Le focus group a été mené le 5 décembre 2019 à Thann dans le Haut-Rhin.

## **2.2. Population/inclusion**

La population étudiée est composée de médecins généralistes, de puéricultrices de PMI, d'un médecin de PMI et d'une coordinatrice de PMI ; tous exerçant dans le Haut-Rhin. Ils font, pour la plupart, partie des professionnels inclus dans le dispositif à l'étude.

Un mail d'invitation à l'entretien de groupe a été envoyé à tous les professionnels membres du réseau de périnatalité du Pays Thur Doller.

Le groupe interrogé comprenait treize personnes.

## **2.3. Recrutement**

Le recrutement des professionnels s'est fait via une invitation par mail à participer au focus group organisé, sur la base du volontariat. Afin d'assurer un nombre suffisant de participants, un sur-recrutement a été prévu.

## **2.4. Déroulement de la séance**

Cette soirée s'est tenue le jeudi 5 décembre 2019 à 20h dans une salle de réunion du Centre Hospitalier de Thann.

L'animatrice, responsable de l'étude, Dr Marie-Josée Levêque-Kubler – également professionnelle interrogée - (médecin généraliste et coordinatrice du réseau de Périnatalité), a réalisé la conduite et la modération du groupe de discussion. A l'instar d'une consultation conjointe, le non-verbal de cette discussion de groupe a été observé et analysé par Marie-Odile Sibre (Directrice adjointe du Centre Maternel de l'Ermitage à Mulhouse), Capucine Martz (investigateur principal et médecin généraliste remplaçante) et la psychologue du Centre Maternel de l'Ermitage.

La séance de focus group a débuté par une brève présentation, réalisée par l'animatrice. Le but en était de rappeler la question de recherche ainsi que les modalités du déroulement de la soirée. Cela a également permis le recueil du consentement oral des participants.

*Marie-Odile Sibre décrit « L'animatrice et les observatrices se répartissent autour de la table, en immersion dans le groupe, opérant une synchronie entre elles et un effet de contenance de par leur positionnement dans l'espace. Les professionnels arrivent et s'installent autour de la table. Le professionnel signe la feuille d'émergence qui circule, représentant alors une forme d'engagement dans la mise en travail du groupe. »*

Leurs caractéristiques ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme remis en début de séance. Après s'être présentés, les participants ont été conviés à répondre à la première question lors d'un tour de table, la suite des interventions dépendant de leur libre appréciation.

*Marie-Odile Sibre décrit plus loin « Le début de la séance est marquée par un certain gel, les bras sont croisés, on entend des prises de paroles juxtaposées, les présentations de chacun s'égrènent en déclinaisons monocordes, monotones : « Je suis... J'attends...Je suis là pour... ».* Puis arriva le tour d'un professionnel, qui, en cherchant du regard un soutien, une alliance, lâche une submersion émotionnelle, expression de ce qui le traversait dans ces temps conjoints. A sa gauche, la présence du professionnel avec qui il a déjà co-consulté quelques fois semblait leur procurer la force de l'enveloppe qui permet de dire, de se dire. A la force de ce récit chargé en affects, s'ajoutèrent des interactions visuelles entre eux deux, entre nous, puis au-delà, vers une transversalité qui va opérer un certain dégel. Aux interactions visuelles, où le regard cherche l'hébergement dans un autre regard, s'ajoutèrent des jeux de mains, car lorsque l'évocation est sensible le corps est convoqué et porte ou supporte le propos. »

Le focus group a pris fin par une synthèse succincte de l'animatrice reprenant les principaux thèmes abordés. Les participants souhaitant apporter d'éventuelles précisions ont pu le faire lors d'un temps libre.

Au fur et à mesure du déroulement de la réunion de discussion, nous avons pu constater que les professionnels avaient, malgré le peu de consultations réalisées, beaucoup de choses à en dire.

### **2.5. Entretien et recueil des données**

L'entretien du groupe a été réalisé de manière semi-directive avec une trame de thématiques, ce afin de laisser aux participants une certaine liberté. Cette grille d'entretien comprenait six questions ouvertes principales (Annexe 7). Pour ne perdre aucune information, la réunion de focus group a été intégralement enregistrée grâce à deux dictaphones numériques. La transcription des verbatims a été faite mot-à-mot, puis l'enregistrement détruit après que les participants soient rendus anonymes.

La chronologie de prise de parole des différents intervenants ainsi que divers éléments du discours non verbal ont été relevés en temps réel par une observatrice.

### **2.6. Analyse**

Plusieurs lectures des entretiens de groupe anonymisés, devenus verbatims, ont précédé l'analyse des données. L'analyse thématique a consisté ensuite en un codage par méthode inductive, progressif et minutieux des différentes idées et expressions mises en rapport avec les questions posées. Celle-ci permet en effet un passage du spécifique vers le général pour aboutir à une idée par généralisation. Le groupement de ces mots s'est fait par une division en thèmes puis en sous-thèmes, comme une première étape de décontextualisation des données. Pour cela, les verbatims ont été découpés puis codés selon leurs unités de sens. Les concepts ainsi obtenus furent catégorisés et reliés entre eux. Enfin, une étape de recontextualisation permet de confronter les données à leur nouveau contexte (137). Une seconde analyse de l'entretien par

l'investigateur principal a été réalisée avec la liste des thèmes et des sous-thèmes issus de la première lecture des verbatims (analyse transversale) à l'aide d'un logiciel de traitement de texte classique. L'obtention de la saturation des données a suivi.

### **3. Résultats**

#### **3.1. Population d'étude, résultats quantitatifs**

La réunion de focus group est réalisée en présence de 13 participants et de 3 observatrices.

Le groupe comprenait deux hommes et onze femmes, pour la plupart membres du réseau de périnatalité du Pays Thur Doller et recrutés par ce biais. Tous les professionnels présents exercent par ailleurs dans le secteur du Pays Thur Doller (Haut-Rhin). Le groupe était composé de six médecins généralistes et cinq puéricultrices de PMI. Trois professionnels ne faisaient pas partie du dispositif de consultation conjointe : un médecin de PMI, une cadre de santé coordinatrice de PMI et un médecin généraliste remplaçant non installé. Dix professionnels étaient inscrits dans le dispositif.

Concernant les tranches d'âge des participants,

- 21-30 ans : 1 participant ;
- 31-40 ans : 1 participant ;
- 41-50 ans : 5 participants ;
- 51-60 ans : 2 participants ;
- 61-70 ans : 4 participants.

Les participants ont été codés par la lettre « M » suivie du chiffre leur correspondant, de M1 à M13.



### **3.2. Attentes et représentations des participants**

Nous avons, dans un premier temps, cherché à revoir les motivations, les attentes et les représentations concernant les consultations conjointes des professionnels inclus dans le dispositif.

#### **3.2.1. Mode d'entrée dans le dispositif**

##### **3.2.1.1. Directement sollicité par le binôme**

M6 est le seul professionnel à avoir été directement sollicité pour une consultation conjointe, sans même avoir fait la formation : « J'me suis raccrochée au groupe parce que j'ai été sollicitée par XXX (MG) pour deux familles que nous avons sur... voilà que nous voyons chacune [...] donc j'ai été sollicitée par XXX, ben j'ai volontiers accepté sans avoir fait partie de la formation. »

##### **3.2.1.2. Introduit par le groupe du samedi matin et RPPTD**

La grande majorité des professionnels participant au dispositif font partie du réseau de périnatalité du pays Thur Doller. Ils se sentent poussés par le réseau et ses actions (en particulier lors des séances en groupe du samedi matin). Il initie et sensibilise les médecins généralistes à d'autres problématiques que l'organicité, en faveur des problématiques de lien et d'attachement par l'observation du bébé et de la constellation familiale, notamment grâce à l'apprentissage de Marie-Odile Sibre. Ils expliquent leurs motivations ainsi : M1 « Ben moi je m'suis formé 'fin formé, j'ai participé aux formations parce que euh parce que j'appartiens au groupe du samedi matin de périnatalité et que euh (tousso) dans le groupe je me suis rendu compte que partager à plusieurs, de suivre à plusieurs un enfant, de discuter à plusieurs d'un enfant, ça ouvrait beaucoup de choses (sourire) et du coup ben les puéricultrices, nous on est nous médecins de notre côté, les puéricultrices sont de leur côté, pourquoi ne pas essayer de... effectivement de travailler ensemble. Voilà ce qui m'a motivé. » ; M7 « Pourquoi j'me suis lancée là-dedans,

ben c'est poussée par Marie-Odile Sibre (rires), qui nous a quand même beaucoup euh parlé de ces consultations conjointes pendant longtemps avant qu'on ose se jeter à l'eau finalement. » et plus tard « L'expérience de partager les situations cliniques compliquées dans un groupe j'ai vécu euh, j'allais dire dans mes tripes le côté un petit peu euh... moi je l'ai vécu presque comme quelque chose de miraculeux (rire) parce que c'était tellement flagrant que la prise en charge du patient est complètement différente quand on porte le patient à plusieurs par rapport à ce qu'on fait quand on est tout seul que voilà ça m'a donné envie d'me lancer. » ; M11 « Moi j'ai aussi été sensibilisée par le regard que nous a apporté Marie-Odile Sibre dans le groupe du samedi matin. »

### **3.2.1.3. Volonté de travailler à plusieurs**

Lorsqu'on interroge les professionnels sur leurs motivations, on observe que la plupart évoque la volonté de connaître de nouveaux partenaires de travail : M4 « Alors moi j'me suis mise dans le groupe parce qu'à l'époque y avait pas de médecin sur [le secteur], donc du coup j'm'étais dit que ça pouvait être bien d'avoir euh, de travailler avec des partenaires. » ; M5 « De pouvoir travailler aussi avec les médecins hein d'apprendre à connaître nos partenaires. » ; M13 ajoute « Les médecins quand on les a interrogé pendant les formations mettaient en avant ce besoin de ne plus être seul. »

### **3.2.1.4. Expérience préalable de consultations conjointes**

Des pratiques de consultations conjointes avaient déjà été réalisées par certains au sein de la pouponnière de l'Ermitage à Mulhouse. Cette expérience vécue les a amenés à s'intégrer au dispositif de consultations conjointes organisé par le réseau de Périnatalité. M6 évoque justement, « C'est une approche que j'avais eu avec Marie-Odile Sibre à l'époque où je travaillais à la pouponnière de l'Ermitage. Donc ça faisait écho quand même à une pratique quand même qu'on avait déjà en partie développée donc c'était pas complètement nouveau pour

moi cette approche. » ; également concernant les expériences à la pouponnière, M10 raconte « Alors j'ai eu la chance de travailler un petit peu à l'Ermitage, j'ai fait quelques vacances là-bas et je travaillais donc en binôme avec une puéricultrice, j'trouvais ça enrichissant euh surtout en tant que débutante, des fois c'est bien d'être avec quelqu'un qui a un peu plus d'expérience, ça permet aussi d'échanger sur ça et puis d'avoir un autre regard justement... Les puéricultrices de là-bas elles ont l'habitude de regarder le lien ce genre de choses que j'ai découvert avec le réseau. »

### **3.2.1.5. Autres hors dispositif : prise de poste en PMI**

Deux professionnels ne participant pas aux consultations conjointes à proprement parler encadrent et accompagnent le projet : M8 « Moi j'ai intégré le groupe euh ben quand j'ai pris mon poste hein de médecin de PMI parce que le groupe était déjà prêt donc effectivement en tant que médecin de PMI je rentre pas vraiment dans le cadre des consultations conjointes. » ; M9 « J'ai pris mon poste de cadre sur Thann Guebwiller en même temps que les consultations conjointes. Je suis rentrée en même temps et c'est vrai que dans mes missions, j'ai donc de développer les offres de soin innovantes et d'accompagner les équipes dans ce processus. Donc c'est vrai que c'est bien d'être dedans dehors, dedans dans le réseau, dehors en accompagnement. Je me sens plutôt comme trait d'union en écoutant plutôt chaque puéricultrice comment elles le vivent quand on a l'occasion de se rencontrer, d'échanger. Voilà alors euh... moi je suis plutôt là en soutien en encadrement du projet. »

## **3.2.2. Les attentes**

### **3.2.2.1. Complémentarité, échanges**

La recherche d'une complémentarité dans les pratiques, ainsi qu'une volonté d'échanger sont évoquées au cours de la discussion de groupe : M2 « D'échanger des points de vue complémentaires, plus cette complémentarité et cet échange entre professionnels. » ; M6 « Ces

regards croisés je trouve que c'est toujours très riche parce qu'on n'a pas forcément le même regard, c'est des points de vue qui se complètent. » ; M4 précise au sujet d'un échange de mails, « Après le mail en soi, j'sais plus l'autre fois vous m'aviez envoyé un mail. [...] c'est sur qu'on va pas de la même manière du coup dans la famille, on a un peu plus d'infos enfin du coup on... on va être plus comment dire synchronisés entre guillemets quoi. La manière dont on va intervenir »

### **3.2.2.2. Travail pluridisciplinaire, en réseau**

A la question de savoir ce que les professionnels attendaient des consultations conjointes, nous avons pu observer que la plupart espèrent pouvoir bénéficier ainsi d'une ouverture. Ils souhaitent apprendre à connaître de nouveaux partenaires de travail, à découvrir une autre forme de consultation, à s'ouvrir à l'autre : M3 « puis le fait d'être en groupe pluri-professionnel, je trouve que effectivement c'est enrichissant, ça permet de pas euh rester cantonné comme ça dans une vision des choses. » ; M2 « Je pensais que travailler en équipe multiprofessionnel ou en pluriprofessionnel est simplement plus riche que travailler tout seul et que l'expérience ou l'expertise ou les compétences de gens qui sont plus orientés vers le petit enfant, l'enfant très jeune nous permettrait d'enrichir nos connaissances sur les situations. » ; M5 « d'avoir une observation en groupe hein, de pouvoir travailler aussi avec les médecins hein d'apprendre à connaître nos partenaires, c'est vrai que on travaille ben pas trop avec les médecins et je trouve que le fait de cette formation, de cette ouverture vers les consultations conjointes, je trouve que ça ouvre des portes. L'observation en binôme hein cette richesse qu'on peut avoir dans l'observation de l'enfant » ; M4 « Oui mais euh plus avec le médecin de PMI qu'avec les généralistes quoi ! et c'est dommage parce que l'échange est super important avec les partenaires sur le secteur quoi. »

### 3.2.2.3. Richesse de l'observation

Ils ressentent une véritable volonté d'approfondir la réflexion sur des situations cliniques qui questionnent voire inquiètent lors d'un temps au calme, dédié à l'observation qu'ils peuvent qualifier de luxueux : M2 « C'est de (tousso)te), justement faire ce travail à deux pour être peut-être plus performant » ; M3 « C'est de pouvoir approfondir la réflexion par rapport à certains enfants, certaines mamans qui nous questionnent [...] voilà ce que j'en attend. [...] et de pouvoir affiner l'observation, que ça devienne plus riche, plus profond hein que si on est juste avec notre propre vision quoi. Donc c'est principalement ça » ; M5 « cette richesse qu'on peut avoir dans l'observation de l'enfant » ; M6 « Temps vraiment dédié à l'observation, qui est riche. »

### 3.2.2.4. Un atout pour la prise en charge

Il s'agit d'un temps qui pourrait aboutir à une proposition de projet d'orientation et de prise en charge pour l'enfant et sa famille discuté à deux : M5 « La richesse de pouvoir avoir un projet pour l'enfant et sa famille quoi et puis d'aller dans le même sens. » ; M2 « Cette complémentarité et cet échange entre professionnels pour enrichir le regard qu'on peut porter et la prise en charge. »

Les professionnels espèrent qu'être deux à se préoccuper de l'enfant puisse débloquer certains dénis de la part des parents et ainsi faire avancer la famille en matière de prise en charge : M8 « Et j pense aussi que par rapport aux familles qui sont dans l'déni euh... bah de voir qu'y a deux professionnels de différentes professions mais qui ont le même discours et qui peuvent montrer aussi ben notre inquiétude aux parents parce que voilà on a... on joue avec lui, on fait des manipulations ou des choses, on leur montre aussi nos inquiétudes, 'voyez quand il fait ça...' 'fin je sais pas trop comment vous avez fonctionné hein mais euh voilà peut-être qu'aussi

du coup le parent ou la maman se... se dit 'ah oui elle m'a dit ça, lui aussi'... c'est peut-être aussi une prise de conscience euh... »

### **3.2.2.5. Introduction et présentation de la PMI comme un atout**

Enfin, les consultations conjointes pourraient d'une part permettre de présenter la PMI et les Centres Médico-Sociaux aux médecins généralistes et d'autre part permettre de sortir la PMI de son rôle d'évaluation, perçu bien fréquemment comme péjoratif par la population générale. Il existe un besoin de briser cet amalgame entre protection de l'enfance et prévention, de séparer les deux pour permettre un accompagnement de qualité. Les consultations conjointes permettraient donc également d'introduire aux parents les services de PMI à travers le prisme de la prévention et ainsi de donner accès aux services de la PMI à l'enfant en difficulté car « on accède à l'enfant par le parent ». Ainsi M6 raconte « Permettre, et c'est ce qui s'est passé, de pouvoir aussi entrer dans la famille quand elles ont une image de la PMI très voilà assez négative et elles sont très frileuses, ça peut permettre de briser un peu la glace et d'engager quelque chose aussi auprès de l'enfant. » ; M9 précise « des fois on est dans des positions d'évaluation suite à une information préoccupante qu'on est dans... ben c'est ce que tu as dit, c'est qu'ils connaissent la PMI d'une certaine manière euh... voilà donc c'est vrai que c'est quelque chose que j'entends, ils ont déjà connu, ils ont vécu, ils ont des ressentis et... une consultation conjointe avec la PMI c'est compliqué. [...] Donc moi j'crois que tout doucement j'crois que c'est intéressant c'qui s'passe là. » ; M8 « L'intérêt que je vois aussi euh au niveau de ces consultations conjointes c'est justement euh voilà de pouvoir échanger avec les médecins généralistes qui effectivement se trouvent parfois seuls dans les situations ou qui connaissent peut-être déjà moins la PMI, qu'est-ce qu'on fait, voilà recentrer un petit peu aussi le rôle de la PMI, qui est parfois un peu oubliée, déléguée parfois à certaines tâches un peu plus négative. »

### **3.2.3. Les représentations**

#### **3.2.3.1. La formation**

La richesse de la formation est également mise en avant avec l'idée de se remettre à jour en binôme et de bénéficier de l'apprentissage interprofessionnel : M3 « Oui ben alors en terme de formation c'est vrai que je trouve que c'est toujours enrichissant de pouvoir remettre à jour euh spécifiquement surtout par rapport au développement du tout petit hein euh, en général on a toujours besoin de dépoussiérer un peu les connaissances et de euh d'affiner un petit peu notre observation quoi, que ce soit étayé, se remettre les repères en tête enfin voilà. » ; M5 « Ben la richesse de la formation hein. »

#### **3.2.3.2. Doubler le regard**

Les professionnels interrogés se représentent les consultations conjointes comme une double observation : M1 « Comme une euh, une observation à deux de l'enfant, de la maman, du lien qui peut y avoir entre la maman l'enfant, les parents l'enfant et que chacun euh puisse avoir sa propre vision de ces liens qui existent. Voilà comment je vois les choses. », interprétée de manière individuelle selon les sensibilités de chacun : M11 « J'pense que le fait de travailler à deux pour faire la consultation conjointe, ça doit apporter un relief puisque euh... en fonction de la sensibilité de chacun ça permet aussi de se confronter à nos ressentis. »

#### **3.2.3.3. Faire le lien médecine générale-PMI et toucher plus de familles en difficulté**

Ces consultations conjointes pourraient permettre de tisser un lien entre la PMI et la médecine générale selon les professionnels interrogés : M11 « Ça permet [...] peut-être de faire fusionner aussi deux mondes qui semblent assez parallèles (sourire) entre les généralistes et les puéricultrices ». Ce nouveau lien pourrait permettre de toucher une plus large portion de la population : M8 « Euh l'intérêt que je vois aussi euh au niveau de ces consultations conjointes

c'est justement euh voilà de pouvoir échanger avec les médecins généralistes qui effectivement se trouvent parfois seuls dans les situations ou qui connaissent peut-être déjà moins la PMI et puis parce que ben en tant que médecins de PMI, on est peu nombreux donc même si j'ai quelques consultations conjointes avec des puéricultrices ben ça suffit pas, j'peux pas euh voir tous les enfants qui posent problème donc c'est sûr qu'on a besoin aussi des médecins généralistes à coté, qu'ils aient aussi un peu voilà une fibre un petit peu plus orientée euh voilà vers des pathologies du lien, des pathologies du développement, voilà, des choses un peu plus spécifiques. »

M4 « Ceux qui disent que tout va bien là on sort les rames. (Rires) Pis déjà on a du mal à les voir ceux-là »

M13 « Et bon ceux que vous voyez pas les médecins il faut les voir. »

M4 « C'est ça. Oui parce qu'on voit pas grand monde finalement. Ben quand on voit la population... »

M13 « Proportionnellement vous voyez... »

M4 « Oui, on voit qu'une toute petite partie. »

M9 « 10% »

#### **3.2.3.4. Approfondir l'observation**

L'un des médecins souhaite pouvoir affiner son observation à l'aide de l'expérience de la puéricultrice : M11 « [...] on voit les bébés une demi-heure une fois par mois puis tout se passe bien et peut-être qu'avec vous c'est plus la vraie vie quoi (rires). »



### **3.2.3.5. Expérience d'autres consultations conjointes**

La pratique de la consultation conjointe, donc du double regard, est déjà réalisée et jugée aisée en PMI entre la puéricultrice et le médecin de PMI. Les professionnels espèrent pouvoir étendre ce concept de double regard à la médecine générale : M6 « Ce regard à deux on le fait assez facilement avec le médecin de PMI et du coup je trouvais ça intéressant de pouvoir avec ce regard avec les médecins libéraux. »

De plus, les consultations conjointes réalisées en centre maternel semblent offrir une vision globale de l'enfant dans sa famille lors d'un moment de partage par l'observation : M6 « Ça permet une vision plus... un peu plus globale, plus complète de l'enfant et de la relation de l'enfant avec son parent...etc quoi. » ; M10 précise à ce sujet « C'est un partage de rôle aussi parce que quand on est à deux, y en a un qui peut observer, y en a un qui peut parler, euh on peut aussi se placer différemment, un qui est par terre avec l'enfant, un qui est debout, enfin y a des partages qui peuvent se faire au moment de la consultation et puis après un partage de connaissance et de ce qu'on a observé au moment du retour.»

## **3.3. Appréhensions et freins**

Nous avons voulu en savoir plus sur les appréhensions que les professionnels pouvaient rencontrer à l'initiation d'une consultation conjointe, mais également en connaître les freins et les difficultés pratiques.

### **3.3.1. Freins pratiques**

#### **3.3.1.1. Manque de médecins formés aux consultations conjointes**

Parmi les professionnels interrogés, deux puéricultrices relèvent une difficulté à trouver un médecin formé aux consultations conjointes dans leur secteur d'exercice : M3 « Moi c'est assez simple finalement, je me sens pas la légitimité d'aller solliciter les médecins généralistes de

Cernay s'ils sont pas dans le dispositif. » ; M4 « Après c'est vrai que sur [le secteur] y a que Dr XXX donc c'est un peu dommage quoi. » et plus loin dans l'entretien « Après y a quand même le frein du nombre de médecins qui sont formés quoi hein, moi comme dit y a que le Dr XXX, moi les gens ils voient... pas d'autres médecins. »

### **3.3.1.2. Chronophagie, temps de rencontre**

L'un des professionnels appréhende une certaine chronophagie dans l'organisation et la réalisation de ces consultations conjointes : M1 « Moi c'est... c'est l'organisation de cette rencontre qui pose problème [...] Après y a le facteur temps aussi, on a parlé que c'était chronophage et c'est vrai que c'est... (souple) parfois on pourrait peut-être faire quelque chose, j'ai été sollicité pour faire et puis j'me dis bon bah comment j'pourrais faire là ça va être dur de trouver le temps, alors il faut l'prendre j'pense qu'on arriverait peut-être à le trouver mais dans un premier temps on dit ah nan nan j'ai trop de trucs, ça va pas, je vais pas arriver à pouvoir programmer ça... »

### **3.3.1.3. Espace**

La gestion de l'espace de consultation semble constituer un frein pour certains professionnels, soit par soucis de taille du bureau : M2 « J'trouvais que dans mon cabinet c'était peut-être un peu juste même si j'ai un bureau assez grand mais (rires) euh voilà. », soit en raison de l'intérêt de faire une observation au sol : M3 « Par exemple sur l'installation, j'aurais plus d'appréhension par rapport au fait de se mettre au sol tout bêtement parce que les consult' on les fait quasiment... jusqu'à maintenant je les ai quasiment toujours faites avec l'enfant sur la table d'examen et du coup j'ai pas cette habitude-là de faire cette consultation au sol. »

### 3.3.2. Appréhensions psychologiques personnelles

#### 3.3.2.1. Manque de naturel

Seul M2 redoute un manque de naturel dans l'organisation de la consultation conjointe elle-même : « Moi je l'imaginai plus, on va au domicile et on regarde ce qui se passe, les interactions, ça me paraissait peut-être plus riche que dans mon cabinet où on va mettre quelque chose en scène et qui va être le metteur en scène et comment on va distribuer les rôles et comment on va faire. [...] Donc moi c'était plus la mise en scène. »

#### 3.3.2.2. Travailler « sous » le regard de l'autre, qu'on ne connaît pas

*Plus tard, l'observatrice remarque « L'animatrice, coudes en appui, bien posés sur la table, pose avec assurance les questions qui dérangent. Un silence s'installe. Beaucoup autour de la table ont les bras repliés, contre le corps, en distal de la table. Par mouvement de méfiance ? Défiance ? Prudence ? Dans l'entre-soi des échanges (regards, jeux de mains, silences, bouche sèche ou flot de paroles), l'autre connu (puéricultrice-médecin PMI) doit se risquer ce soir à la rencontre de « l'un –connu » (médecin généraliste-puéricultrice PMI) Quel défi ! »*

*Marie-Odile Sibre observe l'ouverture d'une mandarine « Une puéricultrice s'agitant depuis un moment sur sa chaise décroise ses bras et tend sa main vers un saladier contenant des fruits, placé au centre de la table. Elle prend une mandarine, l'ouvre et l'épluche délicatement... Silence. Fente spatiale qui risque l'ouverture. Elle parvient dans cette mise en scène à métaphoriser ce qui se joue-là. »*

*Elle rappelle par ailleurs que « Regarder ensemble une triade nécessite un vécu psychique partagé, élaboré, ré-élaboré ensemble. La formation n'a été qu'un préalable à penser autour des berceaux. Le plus dur mais le plus passionnant est à venir. Ces consultations conjointes impliquent de se connaître (étymologiquement naître avec), de se reconnaître pour ouvrir librement un espace de récit à une constellation en devenir. Comme le groupe de travail en*

*devenir qui doit « se dégeler » autour de situations cliniques à croiser, à délier pour mieux se relier. »*

Lorsque l'on interroge les professionnels recrutés au sujet des appréhensions, le point qui semble être partagé par tous les professionnels participant au dispositif et qui revient plusieurs fois au cours de la discussion de groupe est le fait de travailler avec quelqu'un qu'on ne connaît pas : M6 « Après y a quand même l'appréhension de travailler avec quelqu'un qu'on ne connaît pas ou pour la première fois et donc de travailler sous le regard d'un autre professionnel que j'avais pas forcément avec l'expérience à la pouponnière parce que c'était un médecin... on exerçait ensemble depuis des années et donc forcément c'est travailler aussi sous le regard de l'autre. Donc euh c'est euh... Faut dépasser cette appréhension de départ. Voilà. Pareil pour solliciter, une fois après je crois qu'on... que le lien est fait, c'est plus facile. » ; M11 apporte une nuance « Alors y a effectivement des médecins qui ne supportent pas euh d'avoir un regard de quelqu'un qui n'est pas de leur profession, mais j'veux dire les gens qui sont ici autour de la table, si on s'intéresse c'est qu'on est quand même abordables aussi hein. »

M7 « Mais c'est quand même super stressant ! »

M11 « Oui et dans les deux sens ! »

M7 « C'est super stressant d'appeler l'autre qu'on connaît pas déjà au téléphone. »

M4 « Mais j pense que par rapport à... enfin pour avoir travaillé en hospitalier, on a tellement l'habitude de travailler à plusieurs, qu'on fait plus attention envers l'autre ; mais maintenant 'fin après quand on est en ville, on travaille tellement tout seul que du coup c'est vraiment différent de travailler avec des partenaires en fait. [...] Mais ça se voit aussi nous les consultations conjointes avec les médecins en PMI, au début quand on se connaît pas, on sait pas trop quoi dire, qu'est-ce qu'elle va dire, est ce qu'on va être d'accord ou pas, 'fin voilà, c'est vrai qu'au fur et à mesure des consult' on voit que ça roule de plus en plus et que ça s'accorde plutôt bien, mais c'est vrai que ça se fait pas tout seul » ; M6 « Mais faut juste

dépasser ce cap la qui peut peut-être être un frein à se lancer » ; M5 ajoute « Alors moi j'avais sollicité aussi un médecin, mais alors j'avais pas demandé la consultation conjointe, parce que c'est un médecin avec qui j'avais pas eu trop de contact donc je lui avais envoyé mes observations et je lui avais demandé ce qu'elle en pensait. Et... y a eu une orientation après bien sur vers elle mais c'est vrai qu'elle m'a pas proposé la consultation conjointe et j'me suis pas permise non plus de lui proposer...»

### **3.3.2.3. Se lancer dans cette expérience nouvelle**

Une majorité de professionnels interrogés s'accorde à dire que l'une des difficultés à initier les consultations est simplement de « se lancer » dans cette expérience qui revêt tout de même un caractère nouveau : M2 « C'est un peu difficile c'est le faire une première fois pour le mettre en œuvre. [...] je sais pas alors ceux qui ont fait, ceux qui ont l'ancienneté dans l'expérience pourront peut-être dire quelles sont les différentes méthodes. [...] Donc moi c'était plus [...] qu'il faut y aller quoi mais faudrait peut-être passer le... le premier cap. » ; M1 « Donc j pense qu'effectivement y a le fait que... quand y a quelque chose de neuf comme ça, y a une espèce d'appréhension quand même qui fait qu'on ose peut-être pas forcément se lancer en disant comment on va gérer ça, comment ça va se passer ? » ; M6 « Mais faut juste dépasser ce cap la qui peut peut-être être un frein à se lancer » ; M7 « C'est à se lancer ! Parce qu'une fois qu'on démarre c'est pas pesant c'est porteur ! Enfin moi je l'ai vraiment vécu comme ça. » ; M3 « Peut-être qu'on réfléchit trop avant hein (rires), c'est souvent le cas hein. »

## **3.3.3. Appréhensions et freins concernant la famille**

### **3.3.3.1. Annonce et adhésion à obtenir**

L'un des professionnels redoute la réaction du parent à la proposition de la consultation conjointe : M10 « Ce qui m'ferait peur c'est un peu plus la réaction du... du parent en fait quand ils proposent cette consultation justement de faire venir un tiers »

### 3.3.3.2. Lien difficile et image négative de la PMI

La proposition de consultation conjointe aux parents semble être un moment délicat, redouté par les professionnels. D'autant qu'elle est réalisée avec une puéricultrice de PMI, or la PMI porte bien souvent une étiquette péjorative au sein de la population générale. Il semble que ceci puisse constituer un frein : M9 « Moi j'trouve que ce qui freine euh... c'qui freine cette consultation conjointe c'est que des fois on est dans des positions d'évaluation suite à une information préoccupante, qu'on est dans... ben c'est ce que tu as dit, c'est qu'ils connaissent la PMI d'une certaine manière euh... voilà donc c'est vrai que c'est quelque chose que j'entends, ils ont déjà connu, ils ont vécu, ils ont des ressentis et... une consultation conjointe avec la PMI c'est compliqué. [...] Alors parfois on vient pour les évaluer, parfois on vient pour les aider et quand on vient ils savent pas. 'J'vais être mangé à quoi ?' [...] Je pense que c'est un frein ! »

M13, M6 « C'est un frein. »

M9 « Autant pour vous, autant que pour les médecins »

M6 « Et pour les familles »

M11 « Nous on peut peut-être en tant que généralistes proposer aux parents euh ces entretiens là comme un éclairage pour les aider plutôt que comme une sanction parce que peut-être que pour eux PMI c'est sanction plutôt... »

### 3.3.3.3. Quand la famille ne connaît pas la puéricultrice

Comme certains appréhendent de travailler avec quelqu'un qu'ils ne connaissent pas, on peut imaginer que la famille redoute également de consulter un professionnel qu'elle ne connaît pas : M3 « Ouais c'est encore quelqu'un d'autre, une nouvelle tête... Y a des gens qui ont besoin

d'être rassurés de voir la personne, voir à quoi elle ressemble euh... parler avec elle et puis après ça va mieux quoi. » (Approbations)

### **3.4. Témoignages**

Bien que peu de consultations conjointes ait été réalisées, nous avons souhaité explorer le vécu de ces expériences.

#### **3.4.1. Retours positifs**

##### **3.4.1.1. Coupler le regard domicile-cabinet**

Les puéricultrices ont l'occasion d'observer les enfants et leurs familles à leurs domiciles, chose que le médecin généraliste pratique moins, à l'exception des pathologies aiguës souvent hivernales. C'est pourquoi le regard de la puéricultrice à domicile peut apporter des éléments intéressants. A l'inverse, le MG réalise un suivi régulier de l'enfant au cabinet, ce qui lui permet de rester vigilant par rapport à un enfant qui inquiète : M4 « y avait une famille où du coup on a pu se compléter avoir un autre regard et du domicile et du cabinet donc c'était très intéressant quoi. » ; M7 « M6 était intervenue à domicile, euh on avait un peu les mêmes constats (rires) et euh... pourquoi on a proposé la consult' ? Ah parce que la maman refusait de... ouais enfin elle était un peu dans le déni aussi. »

##### **3.4.1.2. Image négative de la PMI**

Malgré cette image négative que porte la PMI, une famille a accepté la consultation conjointe qui a ainsi permis d'introduire le versant préventif de ce service à une famille en difficulté : M6 « Permettre, et c'est ce qui s'est passé, de pouvoir aussi entrer dans la famille quand elles ont une image de la PMI très voilà assez négative et elles sont très frileuses, ça peut permettre de briser un peu la glace et d'engager quelque chose aussi auprès de l'enfant. »

### 3.4.1.3. Différence des regards et des approches

Initialement, lors d'une consultation conjointe, les regards et avis de chacun des professionnels peuvent différer en raison de leurs formations et sensibilités. Les professionnels ayant une expérience de consultation conjointe trouvent enrichissant cette différence de regards : M7 « C'que j'trouve super enrichissant c'est effectivement ces regards qui sont quand même pas mal différents hein (rires) euh... avec des approches différentes, c'est vrai que nous on est quand même centrés sur le physique, le... est-ce que tout va bien au niveau des organes et tout, même si on fait toujours attention au lien grâce à ce que tu nous as appris mais on a quand même du mal. » et de préciser « Finalement moi j'en ai fait trois mais j'trouve qu'à chaque fois euh ça change tout, ça débloque, ça permet d'avoir un regard complètement différent. » ; M12 « Alors euh pour euh...pour cette situation donc euh... ben au départ le médecin et moi on n'était pas tout à fait sur les mêmes euh... sur les mêmes constats. On a fini par se rejoindre quand même. Après oui bien sûr, ouais c'est sûr qu'ils font ce qu'ils peuvent mais justement on a la ressource de pouvoir euh... échanger avec euh... celui qui connaît aussi l'enfant et notre place, donc euh voilà c'est toujours intéressant et si on peut partir sur une consultation conjointe donc c'est formidable quoi. »

### 3.4.1.4. Temps dédié

La consultation conjointe offre un espace et un temps dédiés à l'observation du bébé et de sa famille. De plus en plus rare, ils sont appréciés par les participants, tant les médecins généralistes que les puéricultrices. M7 l'évoque justement « J'trouve que c'est vraiment un temps de luxe finalement d'avoir euh... [...], c'est vraiment du luxe mais c'est, c'est le bonheur quoi ! (sourire) » ; M6 également « C'est vraiment un temps dédié qui est extrêmement riche et puis qu'on n'a pas toujours l'occasion de faire dans notre quotidien aussi de puéricultrice, parfois on court un peu (sourire) donc on est seuls et là c'est un temps vraiment dédié à l'observation qui est riche. »



### 3.4.1.5. Travailler à deux, échanges interprofessionnels

#### Echanges

Au-delà de l'appréhension de travailler avec quelqu'un d'autre, tous les professionnels ont apprécié ces échanges et la possibilité de travailler à deux comme l'explique M5 « Et puis de travailler ensemble, on est souvent seuls avec les familles hein. Pouvoir travailler à deux c'est... voilà c'est du bonheur pour nous. » ; A ce sujet, M6 ajoute « Faut juste dépasser l'appréhension, après c'est pas pesant enfin je l'ai pas ressenti comme ça » M7 « Ah nan pas du tout ! » ; M1 « Ben moi j'dirais que depuis qu'y a eu la formation et tout, avec les puéricultrices du secteur, on discute au moins par mail. Y a un contact qui existait pas du tout avant, donc là on partage au moins sur les situations. Pour moi les choses ont déjà un petit peu avancé. (Rire) »

#### Un regard neuf quand on ne se connaît pas

Le fait de ne pas se connaître semble plus avoir été une appréhension qu'une réelle difficulté en pratique : M7 « Et puis on se connaît vraiment pas donc de passer une consult' devant une famille où on sait que c'est des gens en difficulté parce que s'ils sont là c'est que c'est pas simple, alors quand on s'connait pas du tout avant c'est vraiment compliqué j'trouve. (plus bas) mais finalement ça s'est super bien passé ! » Par ailleurs, le fait que la puéricultrice ne connaisse pas l'enfant ou la famille n'a pas posé de difficulté particulière mais au contraire apporté un regard neuf sur la situation : M7 « Comment tu as vécu toi M6 de faire une consultation conjointe avec un enfant que tu connaissais pas du tout ? »

M6 « Ça ne m'a pas dérangé parce qu'on avait pris ce temps aussi en amont où tu m'as quand même présenté l'enfant, la situation que je... voilà que j'avais déjà une approche... déjà cet enfant donc ça m'a pas dérangé. »

M7 « Parce que c'est vrai, c'était quand même pas forcément facile pour toi non plus ! 'Fin quand tu disais que tu te vois pas présenter un enfant à un médecin qui connaît pas encore l'enfant ben c'est ce qui s'est passé avec M6 finalement dans l'autre sens. »

M6 « même du coup c'est un regard très nouveau qui peut être intéressant aussi parce qu'on vient avec voilà ce regard neuf justement sur la situation. Sans idée préconçue. »

### **3.4.1.6. Concernant les familles**

#### **Ressenti et gestion de la consultation conjointe**

Malgré certaines appréhensions quant au déroulement de la consultation et au ressenti du parent vis-à-vis de la pluralité des acteurs présents lors de la consultation conjointe, il semble que le vécu des parents ait plutôt été positif, comme l'explique M5 « Moi j'trouvais que c'était quand même impressionnant la première hein c'était quand même impressionnant parce qu'on était nombreuses, on était... 5 (rires) mais... la maman l'a très bien vécu [...] ce qui était important c'était vraiment de laisser la place à chacun quoi [...] de laisser une place à la maman, de laisser un espace de parole euh, de trouver sa place hein au sein de... de cette consultation euh mais les deux mamans l'ont très bien vécu.»

#### **Annonce et proposition de consultation conjointe**

Concernant les consultations conjointes déjà réalisées, l'annonce s'est faite progressivement, d'une part en raison de la difficulté qu'ont rencontré les professionnels à amener ce sujet et d'autre part afin de permettre une amorce de travail psychique pour les parents au sujet de leur enfant en difficulté : M13 « C'est moi qui l'ai annoncé progressivement devant les difficultés en introduisant la puéricultrice, en demandant si la maman était d'accord, en essayant de travailler en amont déjà la difficulté de l'enfant, voir qu'elle se rende compte de..., qu'il y avait quelque chose qui allait pas. Après... ça s'est fait très naturellement et j'étais enfin c'est vrai que j'étais surprise j'y suis allée un peu avec l'interne, puis j'ai demandé à l'interne de filmer en demandant à la maman et puis ça a posé aucun problème. Et ça s'est passé. » A ce sujet, M7 raconte qu'il a préféré contourner cette forme d'annonce pour une famille dont le lien avec la PMI était difficile : M7 « L'enfant s'était un peu mis en danger dans mon cabinet à grimper,

vraiment sur le bureau 'fin et j'avais demandé à la maman l'autorisation de filmer la fois d'avant. Et quand euh... M6 est venue pour la première consult' conjointe, je lui ai montré la vidéo et on a trouvé le système un petit peu de dire qu'il faudrait qu'on fasse passer un CHAT (sourire, rires) et que moi je savais pas faire ça (rires) et donc j'avais besoin de M6, qui par hasard faisait partie de la PMI (rires). »

### **Ouvrir les yeux et sortir du déni, pour la famille et pour le professionnel**

La consultation conjointe semble aider à la fois les parents mais également le médecin traitant de l'enfant, à sortir d'une forme de déni vis-à-vis de la difficulté que présente l'enfant. M7 parle spontanément « Pour les familles ça permet aussi de se rendre compte qu'effectivement y a quelque chose qui va pas, qu'il faut qu'on fasse bouger les choses..., ça remobilise les énergies. [...] Mais j pense aussi qu'en tant que professionnels souvent on s'laisse bercer nous-même hein par nos incertitudes donc on se dit 'oui bon allez il va pas bien mais il va pas si mal quand même, on peut attendre encore un peu'. Quand on les deux à avoir les mêmes inquiétudes et au final de se retrouver sur des choses qu'on sentait un peu mais qu'on avait du mal à mettre en mot ou... » La consultation conjointe semble également permettre de renforcer nos ressentis et ainsi de persévérer dans le suivi et la prise en charge de cette famille dans le déni. Ainsi M7 poursuit « Eh ben ça nous donne une assise face aux parents après et... pas plus tard qu'avant-hier, quand cette maman qui arrive maintenant à évoquer des violences, elle est arrivée en consult' donc je l'avais vu en consult conjointe y a trois semaines, elle est revenue avant-hier, elle me dit 'ah ben j'voulais juste vous dire tout va mieux euh... c'est bon on peut tout arrêter !' (rires) OK pfff (souponne) moi je l'ai laissé parler, parler et puis je lui dis 'ben écoutez euh... nan j'suis pas d'accord là. On était les deux inquiètes, on n'a pas fait la consultation conjointe juste pour faire une consultation conjointe, ça nous prend quand même beaucoup de temps, si on l'a fait c'est parce qu'on était inquiets et à la fin de la consultation on était encore inquiets. Donc là nan on va pas laisser tomber !' 'Ah vous croyez vraiment ? Bon ben si vous croyez ok.' »

(Rires). Alors je sais pas si elle va s'en saisir mais quand même ça m'a donné une euh... une certitude que j'aurais certainement pas eu si j'avais été seule. [...] Plus d'aplomb. »

### 3.4.1.7. Gestion de l'espace

A la question de la gestion de l'espace, la totalité des professionnels interrogés expliquent que toutes les consultations conjointes ont été réalisées au sol, sur un tapis d'éveil, en motricité libre. Les professionnels ont noté que les mouvements entre le sol, la position debout ou assise mais aussi entre les différents acteurs de la consultation, puéricultrice, médecin, mère se sont déroulés de manière fluide et plutôt naturelle.

*A ce sujet, Marie-Odile Sibre décrit l'attitude infra-verbale des participants « Comment trouver sa place dans la rencontre avec la constellation familiale (mère-père-bébé) ? Bras ouverts ou croisés, mains tendues, repliées, croisées ou déliées... Ce ballet corporel de l'infra-verbal qui accompagne les mouvements psychiques d'ouverture et/ou de fermeture prédominant tout au long de ce focus group et fonctionnent en miroir de ce qui se met en scène dans une consultation conjointe. »*

M11 « Alors vous étiez au sol ? L'une et l'autre ? »

M13 « Nous oui »

M7 « Ouais, on était au sol. »

M13 « Mais en alternance. En alternance au sol avec la maman qui arrivait au sol, puis nous on s'est levé, enfin c'était quelque chose qui arrivait... »

M5 « Automatiquement »

M13 « oui, c'était naturel »

M5 « C'était pas réfléchi »

M13 « C'est vrai que c'était pas réfléchi. »

M7 approuve « J'trouve que les interactions sont quand même beaucoup plus faciles et les choses beaucoup plus mobiles, fluides au sol parce que euh... ben l'enfant se rapproche de l'un ou de l'autre, euh quand on est assis sur une chaise ben souvent y a le bureau entre les deux aussi voilà. » ;

M6 « et s'il faut observer la motricité de l'enfant y a quand même plus de... c'est quand même le meilleur endroit ! »

M13 « avec une observation au sol aussi ? »

M12 « Tout à fait. Ce qui nous a permis justement de... poser des difficultés aussi parce que pour cet enfant, il avait des difficultés sur le plan moteur. »

M5 « ce qui était important c'était vraiment de laisser la place à chacun quoi, d'être respectueuse euh..., de laisser la place à M13 de laisser une place à la maman, de laisser un espace de parole euh, de trouver sa place hein au sein de.... de cette consultation.»

La taille de l'espace de consultation pouvait parfois être réduit mais cela ne semble pas avoir été un problème : M13 « Et dans un espace très réduit. »

M5 « qui peut être aussi contenant »

M13 « Qui est contenant sûrement, chez moi c'est petit mais on a pu aménager le sol »

M8 « Nan mais quand on fait à la PMI, le bureau il est pas très grand finalement. »

### **3.4.1.8. Expériences d'autres consultations conjointes**

#### **En PMI**

Lorsque les participants abordent le sujet de la consultation avec un autre professionnel qu'ils ne connaissent pas, les puéricultrices de PMI et médecin de PMI témoignent de leur expérience en ces mots M4 « Mais ça se voit aussi nous les consultations conjointes avec les médecins en PMI, au début quand on se connaît pas, on sait pas trop quoi dire, qu'est-ce qu'elle

va dire, est ce qu'on va être d'accord ou pas, 'fin voilà, c'est vrai qu'au fur et à mesure des consult' on voit que ça roule de plus en plus et que ça s'accorde plutôt bien, mais c'est vrai que ça se fait pas tout seul » ; M8 « On a une consultation enfin plusieurs consultations dans la matinée et tous les mois donc euh... maintenant on se connaît mais c'est vrai que vous les expériences là c'est... ponctuel. Et vous travaillez pas en dehors, vous n'avez pas d'autres échanges donc effectivement j pense que ça ça peut être compliqué aussi, c'est vrai qu'en médecine générale c'est sur vous travaillez seuls et effectivement j pense que ce regard 'fin peut être pesant voilà, d'un côté comme de l'autre. »

Ils mettent en avant les bénéfices de l'apprentissage interprofessionnel : M8 « Les consultations conjointes avec les puéricultrices m'ont aussi appris beaucoup euh effectivement parfois y a des détails effectivement on se sent mieux surtout, par rapport à la pathologie médicale c'est vrai que ça permet d'avoir un autre regard, une autre approche. » ; M6 « Ce regard à deux on le fait assez facilement avec le médecin de PMI et du coup je trouvais ça intéressant de pouvoir avoir ce regard avec les médecins libéraux. »

### **Au centre maternel de l'Ermitage**

Deux des participants ont eu l'opportunité de travailler en centre maternel et d'y réaliser des consultations conjointes médecin/puéricultrice qui leur permettant d'apprendre de ces temps dédiés à l'observation du bébé et de ces partages de vécu : M6 « Ça permet une vision plus... un peu plus globale, plus complète de l'enfant et de la relation de l'enfant avec son parent...etc quoi. C'est vraiment un temps dédié qui est extrêmement riche et puis qu'on n'a pas toujours l'occasion de faire dans notre quotidien aussi de puéricultrice, parfois on court un peu (sourire) donc on est seuls et là c'est un temps vraiment dédié à l'observation qui est riche. » ; M10 précise « C'est un partage de rôle aussi parce que quand on est à deux, y en a un qui peut observer, y en a un qui peut parler, euh on peut aussi se placer différemment, un qui est par terre avec l'enfant, un qui est debout, enfin y a des partages qui peuvent se faire au moment de

la consultation et puis après un partage de connaissance et de ce qu'on a observé au moment du retour. Euh donc j'pense que c'est un plus de pouvoir faire ces consultations. »

#### **3.4.1.9. Issues de la consultation conjointe**

Les consultations conjointes ont abouti à différents résultats, tantôt vers une orientation spécialisée : M12 « ça nous a permis effectivement d'orienter donc l'enfant qu'on a vu dans cette consultation » ; M5 « Y a un intérêt important pour l'enfant quoi. De... un projet quoi, une orientation ou euh... une prise en charge... l'intérêt ça reste l'enfant quoi. », tantôt vers un accompagnement : M6 « c'était plus un accompagnement... » ; M7 « j'avais besoin de M6, qui par hasard faisait partie de la PMI (rires) et donc du coup, ça a quand même bien fonctionné hein parce que le lien a pu se créer entre la maman et M6, un lien de confiance hein et M6 peut maintenant venir à domicile et j'pense vraiment qu'y a des résultats. » et plus tard « La consult conjointe qui a effectivement a débloqué... les choses et a permis à la maman de parler... de violences entre autres. », voire même vers une scolarisation : M6 « Ouais et puis du coup cette petite maintenant va en crèche et voilà on a pu faire des petites choses. Doucement mais voilà » M7 « Ouais nan ça a bien avancé moi j'trouve hein (rire), ça faisait quand même huit ans que je ramais (rire). »

#### **3.4.1.10. Commentaire, conclusion**

En somme, les professionnels ayant déjà réalisé des consultations conjointes apportent de nombreux éléments positifs quant à leur expérience : M13 « On voit bien que y a de l'envie, y a ceux qui en ont fait... ils trouvent que des satisfactions euh... ils ont bien dit qu'il faut se pousser un peu et s'mettre des coups d'pied aux fesses pour y aller (rires), comme dit M7. Mais c'est vrai que, faut s'lancer, ça donne envie d'y r'tourner, une fois qu'on y est. »

### 3.4.2. Expériences négatives, difficultés rencontrées

#### 3.4.2.1. Chronophagie et gestion du temps

Lorsque nous interrogeons les professionnels au sujet de leurs expériences, nous voyons que la consultation conjointe est jugée chronophage par la plupart des participants, non seulement dans sa réalisation mais également dans son organisation préalable : M7 « Bon alors c'est très chronophage mais au départ on disait que ça prendrait à peu près une heure mais finalement on est presque à une heure et demi, deux heures. » et de préciser « de trouver un rendez-vous enfin un créneau commun c'est pas facile [...] Mais j'trouve qu'effectivement de proposer la consult' conjointe ça prend du temps quand même et que ce soit accepté, enfin j'étais en train de réfléchir, j'me rend compte qu'y en a, sur les trois qu'on a fait y en a deux, y a deux enfants qui ont presque deux ans, donc euh alors peut-être aussi parce qu'y a eu la formation seulement l'année dernière mais quand même j'ai souvent dit aux parents... y a quelque chose qui m'inquiète... Voilà, c'est pas du jour au lendemain, je propose la consult' conjointe comme ça enfin. » ; M12 « après ce qui, ce qui... est difficile c'est que euh dans ces consultations en tout cas, on a pris du temps en amont, donc on a fait cette consultation, après on n'a malheureusement pas eu le temps de pouvoir faire un débriefing tout de suite après, donc on a convenu de se parler au téléphone, ce qui... voilà ça fait presque une semaine et on n'a pas encore eu l'occasion de faire tout ça (sourire), donc c'est vrai que ça veut dire qu'il faut qu'il y ait du temps. Du temps avant, qu'il y ait du temps après. » ; M13 « même si c'est chronophage »

Au sujet du débriefing entre professionnels qui suit l'observation conjointe, ils rappellent son importance et la difficulté de ne pas se laisser absorber par le temps d'observation : M7 « ...au moins autant important que l'observation et qu'on a évidemment tendance à se faire bouffer par l'observation parce qu'y a tellement de choses qui se disent et qui se passent, on pourrait y



passer trois heures que... voilà. Tout le monde serait content mais euh... » M6 « D'ailleurs ça c'est un des freins. Arriver à respecter le timing de l'observation (rires). »

### **3.4.2.2. Perdus de vue**

Deux situations n'ont pas réellement pu aboutir à une prise en charge, à une orientation ou même à une consultation conjointe : M11 « Nous, on aussi échangé toutes les trois et j'étais à deux doigts effectivement de vous solliciter et puis euh la famille est partie (rires) » ; M13 « Voilà une situation où ça n'a pas été productif au niveau du papa hein [...] suite à la consultation conjointe il n'a plus donné signe de vie. [...] Il est retourné dans sa bulle euh... moi je l'ai vu pour faire le retour de la consult' conjointe. Il était pas à la consultation conjointe mais je lui ai fait le retour et il a pas été... C'était contre-productif, enfin bon peut-être pas non plus hein, ça a dû réveiller des choses euh... du coup il ne donne pas signe de vie. »

### **3.4.2.3. Stress personnel**

Bien qu'il en ait effectué, l'un des professionnels raconte que ces consultations conjointes ont tout de même été source de stress pour de nombreuses raisons : M7 « se retrouver le jour J avec une famille un peu stressée (rires), euh un ou deux professionnels enfin moi j'étais hyper stressée (rires). Du coup moi j'ai pris le parti de prévenir la famille, de leur dire que pour moi ça va être super compliqué parce que c'était la première fois parce qu'on se connaissait pas du tout et que voilà, peut-être qu'ils pourraient être un peu tolérants et puis ça a permis, j pense que ça a permis de... [...] Et puis on se connaît vraiment pas donc de passer une consult' devant une famille où on sait que c'est des gens en difficulté parce que s'ils sont là c'est que c'est pas simple, alors quand on s connaît pas du tout avant c'est vraiment compliqué j trouve. »

#### **3.4.2.4. Concernant les familles : difficultés d'annonce**

A la question de savoir si les professionnels avaient eu des difficultés à introduire et à proposer la PMI et la puéricultrice, certains ont répondu que ce n'était pas si simple : M7 « Ouais c'est pas évident. C'est pas évident. » M12 ajoute « Et d'introduire la puéricultrice. »

Cependant, l'idée même d'une consultation conjointe semble plus difficile à annoncer aux parents en raison de son caractère 'inquiétant '. Ainsi, M7 nuance et précise « C'est... peut-être un frein c'est quand même comment proposer à des parents enfin c'est quelque part c'est dire que y a... quelque chose qui est pas dans la norme entre guillemets quoi. [...] dès qu'on commence à dire qu'il faudrait l'intervention d'autres personnes c'est qu'on dit qu'y a quelque chose qui va pas et c'est toujours ça qui est difficile à dire quoi. C'est dire que euh... on est inquiets que euh... ça va pas, que euh... voilà. C'est ça qui est pas évident j'pense. 'Fin pour moi. [...] C'est pas l'problème de faire tout seul, c'est le problème de dire aux gens qu'y a quelque chose qui va pas chez l'enfant. » M11 « Au moins leur faire accepter. »

#### **3.4.2.5. Espace**

L'un des professionnels exprime certaines difficultés pratiques concernant l'aménagement de l'espace : M12 « après puis ce qui m'a aussi au niveau de l'espace mais bon ça j'en rediscuterai avec elle c'est que en fait voilà on n'avait pas d'espace aménagé aussi pour pouvoir travailler aussi autrement, être plus au sol tous les deux, 'fin euh tous les quatre du coup puisque l'enfant et la maman. J'trouvais que ça demandait des aménagements euh particuliers aussi au niveau de l'espace et même au niveau des outils, des jouets à disposition peut-être aussi ouais, donc euh... »

### **3.4.3. Éléments pratiques**

#### **3.4.3.1. Qui initie ?**

La puéricultrice comme le médecin généraliste peut initier une consultation conjointe. A cette question et parmi celles réalisées, la personne à l'origine d'une rencontre varie d'une situation

à l'autre : M13 « Alors dans celles qui ont été faites c'est le médecin qui a initié chaque fois ? »  
 M6 « Ouais. » M12 « Nan moi c'était... le médecin » M7 « Nan ! XXX. Pour une petite fille c'est XXX qui a initié parce que moi j'avais demandé plusieurs fois à ce qu'elle puisse intervenir à domicile, elle était allée à domicile et à domicile le discours c'était vraiment tout va bien... euh, tout va bien. Et donc XXX chaque fois se r'trouvait à dire 'je peux pas faire de suivi parce qu'ils sont pas du tout demandeur, je peux rien faire' et c'est elle du coup qui a proposé la consult' conjointe. »

### 3.4.3.2. Secteurs

Certaines puéricultrices n'ont pas initié de consultation conjointe car le médecin généraliste du secteur n'y était pas formé. Dans ce cas, le groupe a prévu deux possibilités afin de pallier le manque de médecins formés et pour faciliter la réalisation d'une observation conjointe : M13 « On a dit vous pouviez soit solliciter le médecin de PMI, soit solliciter éventuellement quand même un médecin dans le dispositif en prévenant le médecin traitant, tout est possible hein ! [...] j'ai sollicité M5 alors qu'elle était pas dans l'secteur de la maman mais comme elle avait déjà vu la maman avant le déménagement euh... ça s'est fait plus naturellement donc j'pense que... M9 peut peut-être aussi... enfin il peut y avoir des autorisations de... pas choisir forcément celle qui est peut être identifiée comme euh... Peut-être qu'y a des choses à faire. »  
 M9 « Moi de ce côté-là la souplesse elle y est hein. »

### 3.4.3.3. Échanges préalables

Les binômes ont échangé en amont de la consultation conjointe par mail, ou par téléphone, au sujet de l'organisation même de la consultation, mais également au sujet des situations : M6 « On avait échangé au téléphone quand même et après j'étais venue un peu plus tôt donc euh... qu'on réfléchisse au dispositif même, comment on s'organisait » ; M13 « Alors nous on s'était pas vues beaucoup avant, on avait échangé par mail déjà. » ; M7 « Et quand euh... M6 est venue pour la première consult' conjointe, je lui ai montré la vidéo. »

#### **3.4.3.4. Délais de réalisation**

Le délai écoulé entre le repérage d'une situation et la réalisation de la consultation conjointe était d'un à deux mois : M7 « J'sais plus, un mois ? deux mois ? » M6 « Un mois. » ; M7 « Oui. Avec XXX c'est peut-être plus long. Entre 1 et 2 mois. Après c'est pas que le créneau ensemble c'est aussi le créneau avec les parents. » M7 « Alors là ils m'ont quand même impressionné hein les parents ils se sont débrouillés enfin franchement sur ce coup-là... moi j'suis venue un jour de congés hein. C'est pas possible, 'fin pour moi c'est pas possible un autre jour. »

#### **3.4.3.5. Temps de débriefing et de synthèse**

L'observation est directement suivie d'une courte synthèse orale rendue aux parents : M13 « Donc effectivement se mettre un temps défini pour observer, on avait dit bien hein les dix minutes de débrief' avec les parents, rapide. », puis d'un débriefing entre les deux professionnels dont l'importance est rappelée : M7 « On s'est pris du temps hein » ; M6 « Juste après » M11 « Mais juste après ? » M7 « Ouais. Bien une demi-heure hein quand même. Et en fait ouais c'est presque l'échange qui est pas plus important mais presque ! » M13 « Oui. Et puis ensuite on se prend le temps, ce qui permet après d'écrire. Donc là il faut juste se mettre d'accord... faut tout de suite prendre la trame hein c'est ce qu'on avait fait, prendre la trame immédiate et la remplir... » ; M5 « Faire la synthèse ensemble. »

### **3.4.4. Éléments facilitateurs**

#### **3.4.4.1. Se connaître entre professionnels**

Le fait de se connaître entre professionnels et d'avoir eu une formation commune semble avoir été facilitateur : M12 « Moi je partage tout à fait ce qui est dit alors j'ai eu l'occasion de faire une consultation donc avec un médecin et ce qui a été facilitateur c'est que ben déjà, voilà, elle a eu une formation commune, alors je l'ai rencontré dans ce cadre-là et j pense que le fait qu'on se soit vu un petit peu, qu'on ait pu échanger un petit peu, ça a été facilitateur pour accepter,

pour qu'on puisse effectivement co-consulter » ; M4 « Oui bah avec XXX c'est facile parce qu'on a travaillé ensemble. »

#### **3.4.4.2. Concernant la famille**

A l'occasion de l'une des situations ayant amené une consultation conjointe, la maman du bébé connaissait la puéricultrice au préalable et était demandeuse de prise en charge, ces éléments ont facilité son initiation : M7 « Et celle qui était plus facile à proposer c'est celle où finalement la maman te connaissait déjà avant. Et là le bébé était beaucoup plus petit. Ça c'était plus facile. » M6 « C'était une maman qui avait beaucoup moins d'appréhension » M7 « Ouais et qui était demandeuse. Là c'était facile. »

### **3.5. Situations cliniques motivant une consultation conjointes**

Nous n'avions préalablement pas prévu de question concernant les situations observées au cabinet motivant une consultations conjointe mais il a semblé logique, dans le déroulement de la discussion de groupe, de poser cette question aux professionnels. Cela afin d'une part d'éclaircir le cadre des consultations conjointes et d'autre part d'insuffler l'envie aux professionnels de se lancer.

#### **3.5.1. Situations ayant abouti à une consultation conjointe**

##### **3.5.1.1. Dénis et besoin d'orientation**

Plusieurs consultations conjointes ont été organisées devant des petits qui inquiétaient et dont les parents ne parvenaient pas à se saisir des orientations et prises en charge proposées par les différents professionnels. Elles ont ainsi été réalisées dans le but de les aider à sortir du déni pour permettre une adhésion à la prise en charge ou à l'orientation proposée : M12 « Ben c'est vraiment aussi parce que la maman était dans une forme de déni de la difficulté et que du coup euh... le fait de la rencontrer toutes les deux en toute bienveillance bien sur euh... 'fin voilà déjà de la laisser s'exprimer et de pouvoir... ben arriver à lui faire euh... je dirais prendre conscience ou accepter parce qu'il s'agissait, on était d'accord toutes les deux sur une

orientation et donc de pouvoir euh... arriver à ce qu'elle considère qu'effectivement c'est important. » M13 « Donc là c'était un besoin d'orientation vers une euh... » M12 « Tout à fait. Par rapport à une problématique pour laquelle la maman était quand même dans un déni. » ; M7 s'exprime également à ce sujet « pourquoi on a proposé la consult' ? Ah parce que la maman refusait de... ouais enfin elle était aussi un peu dans le déni » M6 « je pense c'était plutôt par rapport au déni. »

Malgré cela, certains parents restent sans réaction : M7 « Après en fin de consult' conjointe on a proposé un soutien psycho pour la maman, on a reproposé, encore une fois mais elle le fait toujours pas. »

### **3.5.1.2. Difficulté du côté des parents**

Il est arrivé plusieurs fois que les professionnels relèvent une difficulté venant du parent et pouvant se traduire par un trouble du lien : M13 « De comportement, de lien, de... Donc c'est quand même toujours des situations, je pense avec M5 aussi, des situations où on avait l'impression qu'on pouvait refaire quelque chose, retisser les choses avec les parents. » ; M7 relève également une problématique parentale « Alors la première consult' c'était XXX qui est euh, était né après plusieurs FIV (Fécondation In Vitro), échecs de FIV, avec deux parents super stressés, euh... et c'est vrai que dès le départ je sentais la maman un peu sur le versant dépressif. »

### **3.5.1.3. Lien difficile avec la PMI**

Pour l'une des situations, les parents étaient fermés à l'idée d'un accompagnement en PMI. Le médecin s'est donc saisi de la consultation conjointe afin d'introduire la puéricultrice de PMI : M7 « La deuxième consult' conjointe c'était donc un enfant de deux ans pour qui je m'inquiète depuis longtemps mais euh la famille refusait complètement la PMI depuis... 'fin déjà avec

l'ainé hein ! j'avais demandé, ils avaient refusé parce qu'eux-même avaient eu des liens avec la PMI dans leur propre enfance qu'ils avaient tout braqués, ils étaient fermés à fond. »

#### **3.5.1.4. Troubles du comportement, retard de développement, lien**

Concernant les troubles cliniques, les troubles du comportement, les retards de développement et les problématiques de lien sont autant d'éléments à l'origine d'une observation conjointe : M7 « L'enfant s'était un peu mis en danger dans mon cabinet à grimper, vraiment sur le bureau avec un retard du développement » M6 « on s'interrogeait sur les interactions quand même et un petit qui exprimait, qui vocalisait peu donc voilà avec un retard de développement qui était questionné, voilà. Donc retard de développement et le lien. »

### **3.5.2. Situations évoquant la possibilité de réaliser une consultation conjointe**

#### **3.5.2.1. Inquiétudes vis-à-vis de l'enfant**

Lorsque l'on interroge les professionnels sur les signes repérés chez un enfant et pouvant aboutir à une consultation conjointe, la plupart de ceux n'en ayant encore jamais fait évoquent des signes fonctionnels qui deviennent durables dans le temps tels que des pleurs, des régurgitations, des difficultés alimentaires, des troubles dans le développement, mais plus largement, une inquiétude ressentie par le professionnel : M10 « Moi j pense à des situations au tout début quand on suit les enfants à 1 mois, 2 mois et c'est des... des petits signes qui nous alertent, qui font qu'on est inquiets... qu'on... qu'on commence à faire des grilles pour voir si au niveau du développement y a des tout petits éléments qui peuvent un peu alerter. Et donc euh ça peut aussi être intéressant à ce moment-là d'avoir un deuxième regard euh... parce que là c'était des situations qui apparemment traînaient [...] qui étaient là depuis un moment et puis c'est après qu'on a fait la consultation mais j pense qu'avant ça peut aussi être intéressant de les faire » ; M13 « Non mais euh... je trouve que le petit... commence à donner des signes euh

inquiétants. » ; M12 « J’pense qu’effectivement quand ça... quand euh... face aux difficultés, qui peuvent être les pleurs, les difficultés alimentaires, des régurgitations, des difficultés au niveau du tonus euh... voilà » ; M13 « Bon sur le développement d’un petit, voilà. Des pleurs chez le tout petit. » ; M11 « Les régurgitations répétées, les choses comme ça aussi. »

### **3.5.2.2. Inquiétudes vis-à-vis du parent ou défaut dans le suivi médical**

Les éléments qui pourraient aboutir à une consultation conjointe concernant les parents seraient un défaut dans le suivi, l’orientation, ou si le parent ne parvient pas à suivre les suggestions proposées par les professionnels : M4 « J’sais pas moi si j’oriente et que j’vois que derrière ça suit pas ou que les gens soit... ‘fin orienté vers la psy... ou euh... vers des spécialistes où derrière j’vois qu’y a rien qui s’passe, peut-être que là j’demanderais une consultation conjointe. Mais euh... ‘fin si les gens font, là j’pense à une maman qui a des jumelles où ça pleure beaucoup, ça se réveille 15 fois la nuit, ‘fin du coup on a reparlé de pleins pleins de choses par rapport à la grossesse, la naissance... ‘Fin du coup j’ai parlé de la psycho, tout de suite elle a dit oui oui oui, donc euh du coup voilà j’pense euh... » ; M12 confirme « Si effectivement les parents se mobilisent ben voilà après c’est si ça se mobilise pas et que du coup euh la maman, les parents ne partagent pas tout à fait les mêmes constats » ; M5 explique au sujet d’une maman vue en consultation « Elle ferme beaucoup d’choses, elle a du mal à faire confiance et elle est super angoissée hein par rapport aux... Et puis... changer, j’sais pas si elle a envie de changer dans ses comportements. » ; M3 « Certains enfants, certaines mamans qui nous questionnent et envers qui des fois on est un petit peu euh on peut se retrouver démunis finalement parce qu’on propose un certain nombre de choses mais on peut se retrouver quand même en difficulté quoi. »



### **3.6. Les éléments pouvant aider à l'initiation d'une consultation conjointe**

Enfin, après le recueil de ces éléments permettant un éclairage plus précis sur les appréhensions de chacun, nous avons souhaité savoir si certains éléments pouvaient apporter de l'aide à la réalisation de consultations conjointes et permettre de surpasser quelques freins mis en évidence.

#### **3.6.1. Diffusion des vidéos pour illustrer l'observation en motricité libre**

Il semble que toutes les consultations conjointes réalisées jusque-là aient été filmées par les professionnels afin de pouvoir revenir sur les différents éléments de cette consultation. Il est proposé de diffuser ces vidéos aux personnes participants au dispositif lors d'une réunion : M8 « Après si vous l'avez filmé peut-être ce serait intéressant de les montrer pour euh justement... enfin à ceux qui l'ont pas encore fait euh pour voir comment ça s'passe et peut-être un peu diminuer cette appréhension aussi... 'fin bon après faut accepter que la vidéo puisse être regardé par les autres hein » ; M3 précise à ce sujet qu'il peut s'agir d'une bonne illustration « Mais ça peut être une idée qui est bonne parce que moi par exemple sur l'installation, j'aurais plus d'appréhension par rapport au fait de se mettre au sol. »

#### **3.6.2. Annonce et proposition de la consultation conjointe**

Les professionnels reviennent sur l'annonce de la consultation conjointe aux parents. Il semble qu'il soit plus aisé de présenter la venue de la puéricultrice comme l'avis d'un expert de la petite enfance ou comme une aide apportée au médecin généraliste : M11 « Nous on peut peut-être en tant que généralistes proposer aux parents euh ces entretiens là comme un éclairage pour les aider plutôt que comme une sanction parce que peut-être que pour eux PMI c'est sanction plutôt... » ; M8 « J'pense qu'effectivement dans la façon dont est proposée la consultation conjointe, effectivement j'pense qu'il y a... 'fin voilà y a une grande part de... la famille va accepter plus ou moins cette consultation et la finalité qui peut en... aboutir quoi.» ; M7 va plus

loin « Alors moi j'ai pas trop d'mal à dire que c'est moi qui ai besoin d'aide. Plutôt de dire que c'est la famille qui a besoin d'aide (rires). Donc j'arrive assez facilement à ça, à dire que j'me sens un peu perdue et que j'aurais besoin de quelqu'un d'autre, moi, pour m'aider dans mon boulot de généraliste et ça, souvent, les familles l'entendent plutôt bien. »

### **3.6.3. Mixer les binômes**

L'idée de former les binômes médecin généraliste-puéricultrice en prêtant attention à ce que l'un des deux professionnels ait déjà fait une consultation conjointe permettrait à l'autre professionnel d'être à la fois acteur et observateur de la consultation : M8 « J pense qu'aussi après en facilitation, si y a déjà un médecin qui a déjà fait et une puer qui a déjà fait, donc ensemble ça va mais de se mettre avec un... une personne qui a fait et une personne qui a pas fait ben du coup pour celle qui a pas fait, ça peut être aussi euh... ouais facilitateur (approbations). Ouais parce que je prends l'exemple, ouais voilà des fois pour le CHAT test, nous on a des films des fois, voilà où en formation on regarde des films donc c'est bien si on voit un peu le contexte, mais c'est vrai d'en faire avec quelqu'un qui l'a déjà fait, d'être un peu observateur et en même temps acteur c'est facilitateur donc j'imagine que on peut euh... faire ou en parler aussi pour les consultations conjointes. »

### **3.6.4. Espace et outils à disposition**

Les personnes ayant déjà une expérience de consultation conjointe recommandent au groupe de se munir d'un tapis d'éveil, voire de jouets visant à observer plus aisément le comportement de l'enfant en motricité libre : M7 « Il faut un tapis » ; M6 « Puis ça délimite un espace. Autour duquel on est. Donc c'est très intéressant le tapis. » ; M13 « donc effectivement il faut un tapis, il faut des jouets, mais les puéricultrices apportent en plus des jouets. »

### 3.6.5. Se lancer

En conclusion, deux des participants ayant déjà réalisé des consultations conjointes encouragent les autres en précisant qu'il faut réussir à se lancer, que les appréhensions restent des appréhensions et qu'il s'agit d'un cap à passer : M7 « Ben un moment faut s'mettre un coup d'pied aux fesses et faut s'jeter à l'eau c'est tout hein ! (rires). Nan mais c'est vrai que si tu m'avais pas mis le coup de pied aux fesses j'crois que j'y serai toujours pas hein ! » ; M13 « Mais c'est vrai que, faut s'lancer, ça donne envie d'y retourner. »

### 3.6.6. Organisation des services de PMI

Les services de PMI s'efforcent de séparer le versant prévention du versant protection de l'enfance. Ceci pourrait améliorer l'image de ce service bien souvent considéré comme punitif au profit d'un accompagnement et ainsi faciliter le contact famille-puéricultrice de PMI : M9 « C'est vrai que là aussi on essaye à ce que les personnes tout doucement ben n'évaluent pas forcément sur leur secteur euh quand c'est compliqué comme ça on dit, on connaît la famille on va poursuivre l'accompagnement c'est quelqu'un d'autre qui évalue, on est aussi en train de réfléchir en PMI centrale euh... pourquoi pas mettre un pool de puéricultrices qui feraient que de l'évaluation, pour que l'accompagnement reste de l'accompagnent dans... pas dans ce stress de l'évaluation où tout le monde est stressé hein les parents, l'enfant, nous on y va, voilà, c'est pas dans des conditions très faciles. Alors parfois on vient pour les évaluer, parfois on vient pour les aider et quand on vient ils savent pas. 'J'vais être mangé à quoi ?' Donc moi j'crois que tout doucement j'crois que c'est intéressant c'qui s'passe là parce que moi j'vais faire remonter aussi que c'est dans ce travail-là que ça pêche et ça peut être aussi pour ceux qui vont participé à ce groupe de protection de l'enfance de faire remonter que si on sépare bien les missions, de protection et de prévention alors qu'on est beaucoup en train de faire l'amalgame des deux, que la protection c'est la prévention, je crois que ça nous aiderait beaucoup et ça vous aiderait aussi beaucoup quoi. »

### **3.7. Conclusions de l'observatrice**

Ce focus group s'est donc déroulé d'une certaine manière comme une consultation conjointe :

- Dans un premier temps : gel des postures et des émotions à l'image du binôme face à la constellation familiale ;
- Dans un deuxième temps : accès à l'émotionnel et libération de l'infra-verbal par des jeux de regards et de mains qui génèrent la circularité du verbal ;
- Dans un troisième temps : émergence des hypothèses de travail et élaboration de solutions pour faciliter la réalisation des consultations conjointes.

Chaque constellation familiale rencontrée nous livre ses fermetures et ses ouvertures, tel l'épluchage de la mandarine et nous livre les étapes à franchir avec eux, de l'infra-verbal à la mise en mots des maux.

## **4. Discussion**

### **4.1. A propos de l'étude**

#### **4.1.1. Les atouts de la méthode qualitative par entretien semi-dirigé d'un focus group**

Cette étude présente certains avantages :

- La constitution du groupe était plutôt homogène, en cela que la répartition entre médecins généralistes et puéricultrice était très équilibrée ;
- La saturation des données a pu être obtenue avec l'entretien réalisé ;

- Le sujet traite d'un problème de santé publique et est propre à la médecine générale puisque les médecins généralistes devraient être des acteurs majeurs du repérage des troubles du développement ;
- La méthode d'étude qualitative est optimale pour explorer le ressenti des puéricultrices et des médecins interrogés face aux difficultés rencontrées. Ceci permet une bonne compréhension du phénomène étudié, notamment à travers l'expression libre ;
- Le protocole utilisé est reproductible, la même méthode utilisée par un autre examinateur devrait donner les mêmes résultats.

#### 4.1.2. Les biais de cette étude

Il faut néanmoins discuter les biais présents dans cette étude :

- **le biais de recrutement** : les professionnels (médecins généralistes et puéricultrices) recrutés sont uniquement ceux ayant répondu positivement au mail envoyé. Il y a donc un biais de sélection. On peut imaginer que les professionnels y ayant répondu favorablement sont plus intéressés par le sujet, plus motivés par le dispositif, plus disponibles ou ont plus envie de s'exprimer à ce propos. On peut évoquer un double biais de recrutement car seuls les professionnels membres du réseau de périnatalité - donc ayant participé aux formations sur les consultations conjointes - ont été recrutés. Cette démarche était volontaire et inévitable. On pourrait penser que les professionnels ayant participé au processus de mise en place du dispositif sont plus à même de mettre en lumière les difficultés et les appréhensions qu'ils rencontrent.

Enfin, l'animatrice du focus group était incluse dans les professionnels interrogés. Ceci peut constituer un biais de recrutement, d'autant qu'elle est également la coordinatrice du réseau de périnatalité du Pays Thur Doller.

- **les biais propres à l'étude qualitative et à la réalisation d'un entretien de groupe** : malgré notre volonté d'être les plus neutres possibles dans la façon de mener l'entretien, il est possible que la manière de poser les questions selon la trame préparée influe sur les réponses. Le fait de connaître certains d'entre eux a également pu influencer la manière de poser les questions ou les réponses obtenues à ces questions. Ce biais d'investigation notable est difficilement maîtrisable.

De plus, l'entretien de groupe peut présenter un aspect bloquant dans l'émergence des idées par l'hétérogénéité des caractères présents et par la dynamique de groupe sur lequel il repose. Certains sont plus discrets que d'autres, voire timides, tandis que d'autres tendent à occuper plus d'espace de parole pouvant ainsi entraver la libre expression.

Par ailleurs, la plupart des professionnels se connaissent. Ceci peut également influencer les réponses obtenues.

- **le biais d'interprétation** : une analyse transversale puis longitudinale a été réalisée pour bien définir les éléments de réponse nécessaire à la compréhension du phénomène étudié afin de limiter ce biais mais il n'y a pas eu de double codage pour cette étude qualitative.

## **4.2. A propos des résultats**

### **4.2.1. Généralités**

Le suivi des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans doit être régulier et rapproché. Le repérage des troubles du développement constitue un motif fréquent de consultation en médecine générale. C'est un temps riche d'enjeux - tant sur le plan somatique que psychologique - lors duquel les éléments s'entrecroisent et mêlent le sensoriel avec le fonctionnel. Outre l'examen physique de l'enfant et l'évaluation de sa croissance statur pondérale, il est important de savoir prendre le

temps d'observer l'enfant, si possible en motricité libre, afin de révéler son lien à l'environnement, au parent, d'évaluer son besoin de stimulation et l'attitude du parent. Ce suivi est habituellement fait en pratique de ville par le médecin généraliste, par le pédiatre ou dans certains cas par les services de PMI. Ces différents acteurs peinent à communiquer entre eux sur leurs différentes observations malgré l'existence du carnet de santé. Par ailleurs, on constate que les médecins généralistes, exerçant souvent seuls ne sont pas suffisamment formés, équipés ou disponibles pour ce temps d'exploration qui demande à la fois une observation du bébé et du parent ainsi qu'un interrogatoire approfondi tout en réalisant un examen clinique. Il peut arriver que le professionnel ne « veuille » pas voir les difficultés, notamment dans les situations complexes ou particulièrement difficiles qui demanderaient le double d'attention.

Le dépistage de troubles du développement se doit d'être précoce, d'où le caractère primordial de recentrer cette attention au cours des 24 premiers mois. Ceci nécessite une observation attentive du bébé et de son langage corporel afin de repérer le plus précocement possible des difficultés de développement pour entamer la prise en charge plus rapidement et optimiser le pronostic fonctionnel de l'enfant. Tout ceci réside dans le principe de prévention précoce.

Il semble que la prise en charge de situations complexes ne peut se faire qu'au sein d'équipes pluridisciplinaires. Pierre Delion mentionne dans son ouvrage *le bébé dans sa famille* (138) que les parents ont besoin de plusieurs professionnels aux compétences variées et complémentaires. Les réunions pluridisciplinaires opèreraient ainsi une forme de « sublimation collective » tout en s'assurant que les interventions des professionnels jouent de façon synergique et non clivante. Philippe Mazet insiste dans son avant-propos (139) sur le « nécessaire caractère interdisciplinaire ou transdisciplinaire de cet abord psychologique et psychopathologique du nourrisson. C'est par des échanges encore plus importants entre tous ceux qui sont amenés à s'occuper de bébés et de très jeunes enfants, que des progrès pourront continuer à se faire dans

ce domaine, débouchant sur des actions curatives et préventives de plus en plus précoces et efficaces. »

L'interdisciplinarité qui découle de ces observations conjointes portent néanmoins une dimension éthique qu'il faut prendre en compte, notamment dans la transmission des informations.

Or à l'heure actuelle, seul le carnet de santé porte la fonction de pont ou de lien entre les professionnels de la petite enfance. Or nous avons pu voir qu'il est encore victime de mésusage.

Alors que l'accès aux structures de 2ème niveau devient plus complexe avec la pénurie de spécialistes, des initiatives pour palier à ce phénomène voient le jour telles que les plateformes de coordination et d'orientation.

Les consultations conjointes médecin généraliste-puéricultrice de PMI sont un dispositif innovant en construction, proposant un temps d'observation du bébé, de sa famille et du lien qui les unit, qui permet d'être d'emblée dans une préoccupation double et intriquée. Cette observation peut déboucher non seulement vers une orientation adaptée à la situation mais peut constituer une première prise en charge thérapeutique.

Que ce soit par l'expérience d'autres consultations conjointes ou par la simple volonté de travailler à plusieurs, les professionnels semblent réellement intéressés et souhaitent s'impliquer dans ce projet de consultations conjointes par le biais du réseau de périnatalité.



## 4.2.2. Les freins à l'initiation des consultations conjointes

### 4.2.2.1. Les appréhensions

La préoccupation majeure partagée par les professionnels est de **travailler avec quelqu'un qu'on ne connaît pas**. Les professionnels semblent appréhender une forme de jugement de l'autre. Les deux acteurs du binôme doivent s'approprier avant de pouvoir être à l'aise avec le concept de consultation conjointe. Afin de contourner cette difficulté, on pourrait imaginer la possibilité d'élargir ces consultations à d'autres professionnels et ainsi faire varier les binômes comme la co-consultation entre deux médecins, médecin/psychologue, sage-femme/médecin pour les premières semaines du nourrisson, médecin/psychomotricien...etc. Ceci pourrait élargir le champ, ouvrir des perspectives et permettre aux professionnels de co-consulter avec quelqu'un qu'ils connaissent. Cette façon de procéder pourrait s'inscrire dans une démarche d'exercice pluriprofessionnel comme dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ou les futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (organisation de professionnels en équipes de soins primaires en partenariat avec des professionnels de 2ème niveau et des acteurs sociaux et psychosociaux).

L'un des professionnels redoute la **réaction du parent** à la proposition de la consultation conjointe tandis qu'un autre entrevoit un manque de naturel dans son déroulement.

Par ailleurs, l'**organisation** d'une consultation conjointe paraît compliquée, notamment en terme de temps et de gestion de l'espace de consultation, pour certains n'étant pas habitués à réaliser une observation au sol, en motricité libre.

#### 4.2.2.2. Les difficultés rencontrées

En termes pratiques, les professionnels jugent la consultation conjointe **chronophage**, dans sa réalisation et dans son organisation préalable. A l'issue du temps d'observation vient le temps du débriefing entre professionnels. Il est fondamental et pourtant fréquemment sacrifié au profit du temps d'observation, au cours duquel les professionnels se sentent absorbés.

Dans certains cas, des puéricultrices ont rencontré une difficulté à trouver un médecin formé aux consultations conjointes dans leur secteur d'exercice. Enfin, deux situations n'ont pas abouti à une orientation particulière et deux ont été perdus de vue, l'un avant la réalisation de la consultation, l'autre après.

Il semble que ces consultations conjointes soient source de stress pour plusieurs raisons. De nombreux professionnels s'accordent à dire que l'une des difficultés à initier les consultations est simplement de « se lancer » dans cette expérience nouvelle.

La **proposition** de consultation conjointe aux parents paraît être un moment délicat et redouté par les professionnels, d'autant qu'elle est réalisée avec une puéricultrice de PMI. Or la PMI porte bien souvent une étiquette péjorative au sein de la population générale, constituant ainsi un frein. Il semble que l'idée de consulter avec une puéricultrice de PMI ne soit pas si simple à introduire aux parents. Cependant, l'idée même d'une consultation conjointe semble plus difficile à annoncer aux parents en raison de son caractère 'inquiétant' et de la préoccupation exprimée par le professionnel. Comme certains appréhendent de travailler avec quelqu'un qu'ils ne connaissent pas, on peut supposer que la famille redoute également de consulter un professionnel qu'elle ne connaît pas.

### 4.2.3. Les retours positifs

#### 4.2.3.1. Vécu des professionnels

Les consultations conjointes permettent d'objectiver, de nommer et de renforcer le ressenti des professionnels face au comportement et à l'attitude du bébé et de ses parents. Souvent confrontés à des situations familiales complexes ou à des formes de dénis, les professionnels se sentent soutenus et accompagnés dans leurs prises en charge par ce dispositif qui semble leur donner une assise face aux familles en difficulté et tendent à les conforter dans leur doute clinique initial. Elles permettent ainsi de persévérer dans le suivi et la prise en charge des familles.

Les consultations conjointes constituent un pont entre certaines familles en difficulté et les **services de PMI** par le biais de la puéricultrice et présentent les Centres Médico-Sociaux aux médecins généralistes. Elles créent du lien entre ces deux entités qui gravitent autour du jeune enfant. Elles contribuent à extraire la PMI de son image punitive à travers le prisme de la prévention.

La consultation conjointe offre un **espace et un temps dédiés** à l'observation du bébé et de sa famille, apprécié et jugé rare par les professionnels. Au-delà de l'appréhension de travailler avec d'autres, les professionnels ont apprécié les échanges interdisciplinaires et la possibilité de **travailler à deux**. Ainsi, ne pas se connaître semble avoir été plus une appréhension qu'une réelle difficulté en pratique.

Toutes les observations conjointes ont été réalisées au sol, sur un tapis d'éveil et en motricité libre. Les professionnels ont noté que les mouvements entre le sol, la position debout ou assise mais aussi entre les différents acteurs de la consultation se sont déroulés de manière fluide et

plutôt naturelle. La taille de l'**espace** de consultation pouvait parfois être réduit mais semblait plutôt opérer une forme de fonction contenante.

Les consultations conjointes réalisées ont abouti à différentes issues suivant trois axes :

- Orientation spécialisée pour le versant médical
- Accompagnement pour le versant psychologique notamment
- Scolarisation pour le versant fonctionnel

#### **4.2.3.2. Vécu des parents**

Malgré certaines appréhensions quant à ce nouveau mode de consultation, il semble que le vécu des parents ait été positif, bien qu'il n'ait pas été recueilli à proprement parler.

La proposition de consultation conjointe aux parents doit se faire progressivement, d'une part en raison de la difficulté que rencontrent les professionnels à verbaliser leurs inquiétudes et d'autre part afin de permettre une **amorce de travail psychique** pour les parents au sujet de leur enfant en difficulté car la consultation conjointe semble aider les parents à sortir d'une forme de déni vis-à-vis de l'écart de développement que peut présenter leur enfant. Elle permet de les aider à les acheminer vers une orientation adaptée et ainsi raccourcir le délai entre le repérage et la prise en charge.

#### **4.2.4. Éléments pratiques et situations cliniques**

##### **4.2.4.1. Les situations cliniques pouvant amener une consultation conjointe**

Concernant les signes repérés chez un enfant et pouvant motiver une consultation conjointe, on retrouve les signes fonctionnels durables dans le temps tels que des pleurs, des régurgitations,

des difficultés alimentaires etc..., des retards de développement, des troubles du comportement, mais plus largement, une inquiétude ressentie par le professionnel. Il est arrivé plusieurs fois que les professionnels relèvent une difficulté venant du parent avec des éléments dépressifs chez la mère par exemple et pouvant notamment se traduire par un trouble du lien.

Enfin, pour l'une des situations, les parents étaient fermés à l'idée d'un accompagnement en PMI. Le médecin a donc utilisé la consultation conjointe pour introduire la puéricultrice.

La plupart du temps, les parents ne parvenaient pas à se saisir des orientations et prise en charge proposées par les différents professionnels. Elles ont ainsi été réalisées dans le but de les aider à sortir du déni pour permettre une adhésion à la prise en charge ou à l'orientation proposée. Malgré cela, certains parents restent sans réaction.

#### 4.2.4.2. Cadre pratique

En amont	<p>- Alerte par l'un des professionnels (médecin généraliste ou puéricultrice de PMI) suite à une inquiétude concernant le développement psychomoteur d'un enfant de 0 à 2 ans.</p> <p>- Proposition de consultation conjointe aux parents au cabinet du médecin traitant ou au Centre Médico-Social, information et obtention du consentement.</p> <p>- Échanges entre les deux professionnels (mail, téléphone) pour organiser la consultation et présenter la situation</p>
Déroulement de la consultation	<p>- 30 minutes d'observation directe de l'enfant et du ou des parents avec si possible, observation en motricité libre au solliciter</p> <p>- 10 minutes de débriefing rapide avec le ou les parents : évaluation du ressenti du parent vis-à-vis de la consultations</p> <p>- 20 minutes de débriefing entre professionnels : discussion sur la synthèse, rédaction de la grille d'observation, proposition d'orientation de l'enfant</p>
En aval	<p>- Retour et synthèse orale donnée aux parents avec proposition d'orientation et de prise en charge</p>

Quelques précisions sont à apporter. Si l'enfant a un médecin traitant hors dispositif, la puéricultrice peut solliciter le médecin de PMI ou un médecin formé aux consultations conjointes avec information et accord du médecin traitant. Il est conseillé que l'un ou les deux parents soient présents lors de la consultation, sans la fratrie (observation d'une dyade ou d'une triade uniquement). Dans la plupart des cas, le délai écoulé entre le repérage d'une situation et la réalisation de la consultation conjointe était d'environ un à deux mois.

Par ailleurs, il semble que le fait de se connaître entre professionnels et d'avoir eu une formation commune ait été facilitateur. Enfin, à l'occasion de l'une des situations ayant amené une consultation conjointe, la maman du bébé connaissait la puéricultrice au préalable et était demandeuse de prise en charge. Ces éléments ont facilité son initiation.

#### **4.2.5. Les aides pouvant être apportées**

Face à ces appréhensions et à ces freins, nous avons pu constater de nombreuses attentes de la part des professionnels et entendre des expériences encourageantes de consultations conjointes. Lorsque nous avons interrogé les professionnels au sujet des éléments qui pourraient les aider à initier une consultation, il a été suggéré de diffuser les vidéos des consultations déjà réalisées lors d'une réunion comme illustration. Dans le même registre, un professionnel propose qu'un binôme médecin-puéricultrice comprenne toujours quelqu'un ayant déjà une expérience de consultation conjointe, l'autre pouvant être à la fois acteur et observateur.

Les professionnels reviennent sur la façon de présenter la consultation conjointe aux parents, il semble qu'il soit plus aisé de mettre l'accent sur la difficulté du médecin et sur la venue de la puéricultrice comme l'avis d'un expert de la petite enfance ou comme une aide apportée au médecin généraliste.

Les personnes ayant déjà une expérience de consultation conjointe recommandent au groupe de se munir d'un tapis d'éveil, voire de jouets visant à observer le comportement de l'enfant. Ils encouragent les autres à s'ouvrir à l'autre, à la nouveauté et à se lancer dans cette expérience certes nouvelle et délicate mais porteuse et riche en apprentissages.



## CONCLUSION

---

Le repérage des troubles du développement psychomoteur chez l'enfant reste une problématique de santé publique en raison de sa fréquence, de ses répercussions fonctionnelles et psychologiques et de son potentiel handicap. Avec le vieillissement de la démographie médicale et la désertification médicale apparaissent de plus en plus de difficultés dans le domaine de la prévention précoce, dans lequel le médecin généraliste tient pourtant un rôle clé. Acteur de premier niveau, coordinateur du parcours de soins et depuis peu, médecin traitant de l'enfant, il a pour mission de s'impliquer dans son bien-être physique et mental, ce depuis leur plus jeune âge.

Le repérage des troubles du développement psychomoteur nécessite du temps : un temps dédié à l'observation approfondie, à l'interrogatoire complet du parent, à une connaissance du petit enfant, de son développement psychomoteur, des pathologies pouvant être rencontrées et des problématiques de lien.

Les consultations conjointes avec le médecin généraliste et la puéricultrice de PMI offre au praticien ce temps d'observation, de repérage et d'accompagnement. Les professionnels impliqués dans ce dispositif à l'étude, tant les médecins généralistes que les puéricultrices de PMI semblent motivés et prêts à se lancer dans la réalisation de consultations conjointes. Ils comprennent la place importante qu'ils occupent dans le suivi de l'enfant et attendent beaucoup de ces consultations. Ils aspirent à mieux connaître leurs partenaires dans le secteur, à créer du lien et plus d'échanges. Ils espèrent par ailleurs favoriser la prévention plutôt que la protection de l'enfance au sein des services de PMI.

Cependant, il persiste certains freins liés à ce nouveau mode de consultation. Les professionnels appréhendent l'idée de travailler sous le regard de l'autre, ainsi que la réaction du parent à l'annonce de l'inquiétude du professionnel.

Malgré le stress éprouvé, les consultations conjointes menées jusque-là semblent bénéfiques et leurs résultats encourageants pour l'avenir. Elles participeraient notamment à aider la famille à sortir d'une forme de déni vis-à-vis de la difficulté que présente leur enfant. Au final, deux circuits de soins parallèles devraient se rencontrer autour du bébé et de la famille en difficulté. Les consultations conjointes sont déjà à l'origine d'un décloisonnement des pratiques, à l'image

du réseau de périnatalité. Elles forment une enveloppe contenant autour de cette famille en devenir et ceci constitue d'ores-et-déjà un soin. Ces consultations conjointes permettent ainsi de tisser un lien, entre la médecine générale et la PMI, entre le bébé et le parent, entre le psychique et le somatique et entre le normal et le pathologique.

Les professionnels envisagent des solutions afin de pallier ces appréhensions, comme visualiser les films des consultations conjointes réalisées, mixer les binômes médecin-puéricultrices, travailler sur la proposition de la consultation conjointe ou encore partager les vécus en groupe lors de réunions dédiées.

Ces situations, souvent préoccupantes, nécessitent une pluridisciplinarité et un dépistage plus précoce par une meilleure observation du bébé. Un double regard pour une double observation lors de laquelle les professionnels ayant des domaines d'expertise à la fois communs et différenciés se réunissent autour d'un même enfant et d'une même mission de prévention précoce.

## **PERSPECTIVES**

Le projet de consultations conjointes se poursuit actuellement dans le Haut-Rhin. Il serait intéressant de pouvoir évaluer le ressenti des familles par rapport à ce mode de consultation et d'approfondir l'exploration du ressenti des professionnels.

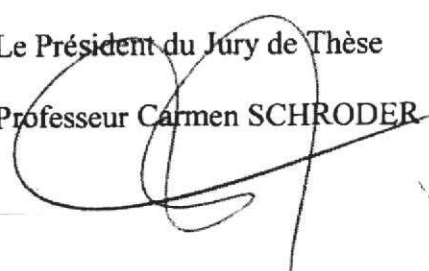
Les consultations conjointes pourraient constituer la consultation dédiée au repérage de TND s'inscrivant dans les nouvelles recommandations éditées par la HAS et aboutir à orienter l'enfant vers une structure de 2<sup>ème</sup> ligne ou vers une plateforme de coordination et d'orientation, notamment dans le Haut-Rhin, où la plateforme a été lancée très récemment le 1<sup>er</sup> septembre 2020.

VU

Strasbourg, le 28 Septembre 2020

Le Président du Jury de Thèse

Professeur Carmen SCHRODER



VU et approuvé  
Strasbourg, le 01 OCT 2020  
Administrateur provisoire de la Faculté de  
Médecine, Maïeutique et Science de la Santé  
Professeur Jean SIBILIA



## ANNEXES

## Annexe 1 : Echelle de Brunet-Lézine révisée

Age	Posture	Coordination	Langage	Sociabilité
2mois	V : soulève tête + épaules	Suit des yeux une personne qui bouge	Répond à la voix par immobilisation	C : Sourire réponse
	C : retient la tête droite au tiré-assis	C : suit des yeux l'anneau sur 180°	Vocalise 2 sons ou vocalises prolongées	C : S'anime quand on s'approche de lui
	C : Se retourne du côté sur le dos	Tourne la tête pour suivre un objet		
3mois	A : tient la tête droite sans osciller	Regarde le cube posé sur la table	C : vocalise en réponse à l'examineur	Q : s'anime aux préparatifs du biberon
	V : s'appuie sur ses avant-bras	C : tient fermement le hochet mis en main		Q : rit aux éclats
	C : soulève tête et épaules au tiré-assis	C : joue avec ses mains, les examine		(Q) : conscient de situations nouvelles
	V : garde les jambes en extension	Regarde la pastille et la suit des yeux	Tourne la tête immédiatement pour regarder la personne qui parle	Participe à des jeux corporels (rit)
4mois	C : mouvements dirigés vers la serviette posée sur sa tête	C : secoue et regarde le hochet mis en main	Q : exprime différemment plaisir / déplaisir, colère / cris de joie	
	A : Tient assis avec un léger soutien	Saisit un cube au contact		
	C : explore ses jambes et ses genoux	Tient un cube dans sa main et regarde le 2 <sup>ème</sup>	Q : rit et vocalise en manipulant ses jouets	Sourit au miroir
	D : tenu sous les bras, stade du sauteur	Tend la main jusqu'au hochet tenu à distance	Q : montre de l'intérêt aux bruits extérieurs	Q : crie quand un proche s'éloigne
5mois		Saisit d'une main l'anneau balancé devant lui		Différencie visages familiers et étrangers
	C : se débarrasse de la serviette	Saisit dans sa paume le cube posé sur la table	Q : fait des roulades ou vocalise 4 sons	Regarde ce que regarde l'adulte si celui-ci
	C : prend ses pieds dans ses mains	Tient deux cubes et regarde le 3 <sup>e</sup>	Réagit immédiatement à son nom	montre du doigt (attention conjointe)
	C : se met en position assise au tiré-assis	Saisit la pastille en ratissant		
7mois		Soulève par l'anse la tasse retournée (cube caché)		
	A : tient assis brièvement sans soutien	Saisit deux cubes, un dans chaque main	Q : attire l'attention par gestes, cris ou émissions vocales	Participe activement au jeu de coucou
	A : assis avec soutien, enlève la serviette	Cherche la cuiller tombée		(Q) : Joue à jeter ses jouets
	V : se hisse / genoux, pousse avec les bras	Examine la clochette avec intérêt		
8mois	C : porte ses pieds à la bouche			
	V : enlève la serviette posée sur sa tête	Saisit la pastille avec participation du pouce	Q : vocalise plusieurs syllabes distinctes	Manifeste quand on met un objet hors
	C : se retourne du dos sur le ventre	(Q) : joue à frapper deux objets	Q : réagit à certains mots familiers	de sa portée
	A : assis sans soutien, enlève la serviette	Attrire l'anneau vers lui à l'aide de la ficelle		
9mois		Fait sonner la clochette		
	V : mouvements nets de déplacement	Accepte le 3 <sup>ème</sup> cube en lâchant l'un des 2	Q : émet des syllabes redoublées	Q : comprend un interdit
	D : se tient debout avec appui	Saisit la pastille entre le pouce et l'index		Q : mange avec les doigts ou boit seul au
	D : soutenu sous les bras, fait des pas	Retrouve le jouet sous la serviette		biberon ou boit au verre maintenu
		Retire le rond de la planchette		

Age	Posture	Coordination	Langage	Sociabilité
10mois	C : se met assis seul D : debout avec appui, lève un pied et le repose D : passe d'assis à debout avec un appui	Soulève la tasse et saisit le cube caché dessous Met un cube dans la tasse ou le retire Cherche la pastille à travers le flacon Cherche le battant de la clochette	Q : Dit un mot de 2 syllabes	Regarde ce que l'adulte regarde (sans que celui-ci montre du doigt) Q : Recommande ses propres mimiques qui ont fait rire
12mois	D : contrôle le passage de debout à assis sans se laisser tomber D : fait quelques pas, tenu à une main D : Tient debout 3 secondes sans appui	Prend le 3eme cube sans lâcher les 2 autres Lâche un cube dans la tasse Remet le rond dans son trou sur la planchette Gribouille faiblement sur démonstration	Q : secoue la tête pour dire « non » Q : jargonne de manière expressive	Q : se prête activement à l'habillage par l'adulte (donne sa main ou son pied)
14mois	D : marche seul couramment (5 pas) D : monte à 4 pattes un escalier	Reproduit une tour de 2 cubes sur modèle Remplit la tasse de cubes (au moins 5) Introduit la pastille dans le flacon Place le rond dans son trou sur ordre Fait un gribouillage sur ordre	Q : utilise les onomatopées qui font office de mots pour désigner objets, animaux... Désigne 1 objet parmi 5 objets présentés	Montre du doigt ce qui l'intéresse
17mois	D : marche à reculons D : pousse du pied le ballon	Reproduit une tour de 3 cubes Tourne les pages du livre Retire la pastille du flacon Met le rond sur la planchette tournée de 180°	Q : dit 5 mots Désigne 3 objets parmi 10 présentés	Q : boit seul au verre en le tenant à 2 mains et mange seul à la cuiller Fait boire, manger ou coiffe l'adulte (2/3)
20mois	D : donne un coup de pied dans le ballon après démonstration D : court avec mouvements coordonnés	Reproduit une tour de 5 cubes Maintient la feuille de l'autre main pour dessiner Place les 3 morceaux sur la planchette	Nomme 2 ou désigne 4 images sur 6 Désigne 4 objets parmi 10 présentés Q : Fait des phrases de 2 mots (déformés)	Assoit, donne à boire et brosse la poupée sur ordre (2/3) Q : joue à faire semblant (imitation différée)
24mois	D : donne un coup de pied dans le ballon sur ordre D : se tient sur un pied avec l'aide d'une main tenue	Aligne les cubes pour copier un train de 5 cubes Imite un trait sans respect de la direction Met les 3 morceaux sur la planchette retournée	Nomme 6 images sur 15 Désigne 8 objets ou en nomme 4 parmi 10 Q : Fait des phrases de 3 mots Q : utilise son prénom quand il parle de lui	Q : lave ses mains et essaie de les essuyer
30mois	D (Q) : monte l'escalier seul en alternant les pieds (avec ou sans appui au mur) D : se tient sur un pied sans aide (2'')	Reproduit un mur fait avec 4 cubes (2 sur 2) Reproduit une tour de 8 cubes Imite un trait horizontal et un vertical	Nomme 10 images sur 15 Nomme 8 objets parmi 10 présentés Q : utilise un des pronoms « je, tu, il, elle »	Comprend 2 prépositions sur 5 proposées (dans, sur, derrière, devant, dessous) Q : enfle seul ses chaussons ou chaussettes

V : couché sur le ventre ; C : couché sur le dos ; D : debout ; Q : question aux parents. Si aucun item n'est spécifié, l'enfant est assis devant la table (sur les genoux d'un parent pour les petits)





V/A : mouvements nets de déplacement (87)

**Données issues des valeurs normatives de l'échelle de Brunet-Lézine Révisée**

Age	10	12	14	17	20	24	30
Sociabilité	36	31	35	50	69	80	85
	37	32	36	51	70	81	86
	38	33	37	52	71	82	87
	39	34	38	53	72	83	88
	40	35	39	54	73	84	89
	41	36	40	55	74	85	90
	42	37	41	56	75	86	91
	43	38	42	57	76	87	92
	44	39	43	58	77	88	93
	45	40	44	59	78	89	94
	46	41	45	60	79	90	95
	47	42	46	61	80	91	96
Langage	48	43	47	62	81	92	97
	49	44	48	63	82	93	98
	50	45	49	64	83	94	99
	51	46	50	65	84	95	100
	52	47	51	66	85	96	101
	53	48	52	67	86	97	102
	54	49	53	68	87	98	103
	55	50	54	69	88	99	104
	56	51	55	70	89	100	105
	57	52	56	71	90	101	106
	58	53	57	72	91	102	107
	59	54	58	73	92	103	108
60	55	59	74	93	104	109	
61	56	60	75	94	105	110	
62	57	61	76	95	106	111	
63	58	62	77	96	107	112	
64	59	63	78	97	108	113	
65	60	64	79	98	109	114	
66	61	65	80	99	110	115	
67	62	66	81	100	111	116	
68	63	67	82	101	112	117	
69	64	68	83	102	113	118	
70	65	69	84	103	114	119	
71	66	70	85	104	115	120	
72	67	71	86	105	116	121	
73	68	72	87	106	117	122	
74	69	73	88	107	118	123	
75	70	74	89	108	119	124	
76	71	75	90	109	120	125	
77	72	76	91	110	121	126	
78	73	77	92	111	122	127	
79	74	78	93	112	123	128	
80	75	79	94	113	124	129	
81	76	80	95	114	125	130	
82	77	81	96	115	126	131	
83	78	82	97	116	127	132	
84	79	83	98	117	128	133	
85	80	84	99	118	129	134	
86	81	85	100	119	130	135	
87	82	86	101	120	131	136	
88	83	87	102	121	132	137	
89	84	88	103	122	133	138	
90	85	89	104	123	134	139	
91	86	90	105	124	135	140	
92	87	91	106	125	136	141	
93	88	92	107	126	137	142	
94	89	93	108	127	138	143	
95	90	94	109	128	139	144	
96	91	95	110	129	140	145	
97	92	96	111	130	141	146	
98	93	97	112	131	142	147	
99	94	98	113	132	143	148	
100	95	99	114	133	144	149	

**EXAMEN 4<sup>ème</sup> MOIS**

**EXAMEN 9<sup>ème</sup> MOIS**

Mange avec les doigts ou boit seul au biberon  
 ou boit au verre maintenu  
 ou boit au verre maintenu  
 Q : comprend interit  
 Manifeste quand on met un objet hors de sa portée  
 Participe activement au jeu de coucou  
 Participe à des jeux corporels (crib)  
 Réparé ce qu'il regarde l'adulte si celui-ci montre du doigt (attention conjointe) (86)  
 Différencie visages familiers et étrangers  
 Q : cris quand un proche s'éloigne (81)  
 Sourit au miroir  
 Participe à des jeux préparatifs du biberon  
 Q : s'anime aux préparatifs proche de lui  
 C : Sourire réponse  
 Réagit immédiatement à son nom 88  
 Q : attire l'attention par gestes, cris ou émissions vocales distinctes (87)  
 Réagit immédiatement à son nom 88  
 Q : fait des rouades ou vocalise 4 sons 78  
 montre de l'intérêt aux bruits extérieurs  
 Q : rit et vocalise en manipulant ses jouets  
 Q : exprime différemment plaisir / déplaisir, colère / cris de joie  
 Fournit la tête immédiatement pour regarder la personne qui parle (81)  
 C : vocalise en réponse à l'examineur  
 Vocalise 2 sons ou vocalises prolongées  
 Répond à la voix par immobilisation

**Données issues des valeurs normatives de l'échelle de Brunet-Lézine Révisée**

Sociabilité	9	36	Q : enfile seul chaussettes	82	Q : enfile seul chaussettes	30
		58	Comprend 2 prépositions	71	Comprend 2 prépositions	
			Q : lave ses mains et essie de		Q : lave ses mains et essie de	
		65	85	85	Q : joue à faire semblant (imitation différée) (96)	
		48	84	84	Q : joue à faire semblant (imitation différée) (96)	
		32			Assoit, donne à boire et brosse la poupée sur ordre (2 items sur 3) (94)	
		28	52	52	Fait boire, manger, ou coiffe l'adulte (2 items sur 3)	
		40			Q : boit au verre tenu à 2 mains et mange à la cuiller	
		61			Q : utilise son prénom quand il parle de lui (78)	
		50	78	78	Q : utilise son prénom quand il parle de lui (78)	
					Montre du doigt ce qui l'intéresse (100)	
	Langage	30	66	Q : Reconnaît ses propres initiales qui ont fait rire (83)	35	Q : utilise un pronom...
51		64	Regarde ce que l'adulte regarde (sans que celui-ci montre du doigt)	40	Nomme 8 objets / 10	
			Q : mange avec les doigts au biberon ou boit au verre maintenu (82 à 11 mois)	49	Nomme 10 images / 15	
			Q : comprend un interdit	55	82	82
		9	89	96	24	66
					27	61
					55	82
					24	66
					10	25 à 18 mois
					26	57
					44	65
					58	90
				24	56	
				28	83	
				33	69	
				36	83	
				45	51	
				62	88	
				9	10	
				17	14	
				20	17	
				24	12	
				30	10	

**EXAMEN 24<sup>ème</sup> MOIS**

« obéit à un ordre simple »  
« Nomme au moins une image »



## Annexe 2 : Echelle ADBB

Médecine  
& enfanceFigure 2  
L'échelle alarme détresse bébé (ADBB)

Chaque item est coté de 0 à 4 :

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait
- 1 : Comportement discrètement anormal
- 2 : Comportement anormal
- 3 : Comportement nettement anormal
- 4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. Les indications ci-dessus sont données à titre indicatif en cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle.

Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... mois ..... jours Date : .....

N° dossier : ..... Examineur : .....

**1. Expression du visage**

Evaluation de la réduction de l'expressivité du visage

0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.

1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.

2 : Peu de mobilité faciale spontanée.

3 : Visage immobile, triste.

4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé.

**2. Contact visuel**

Evaluation de la réduction du contact visuel

0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.

1 : Contact visuel spontané, mais bref.

2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.

3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.

4 : Refus total de contact visuel.

**3. Activité corporelle**

Evaluation de la réduction d'activité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.

1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.

2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.

3 : Faible activité en réponse à la stimulation.

4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

**4. Gestes d'auto-stimulation**

Evaluation de la fréquence avec laquelle l'enfant joue avec son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs...), de façon automatique et sans plaisir, et en comparaison avec l'activité générale. Note : un seul signe significatif d'auto-stimulation est suffisant pour coter 1 ou plus.

0 : Absence d'auto-stimulation, l'activité d'auto-exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.

1 : Auto-stimulation fugitive.

2 : Auto-stimulation peu fréquente mais nette.

3 : Auto-stimulation fréquente.

4 : Auto-stimulation constante.

**5. Vocalisations**

Evaluation de la réduction des vocalisations traduisant le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs)

0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.

1 : Vocalisations spontanées brèves et/ou cris et pleurs fréquents, (même s'ils surviennent seulement en réponse à une stimulation).

2 : Pleurs quasi constants.

3 : Geignement, seulement en réponse à une stimulation.

4 : Aucune vocalisation.

**6. Vivacité de la réaction à la stimulation**

Evaluation de la réduction de la vivacité de la réaction à la stimulation, agréable ou désagréable au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note : ce n'est pas l'importance de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de réponse.

0 : Réaction adaptée, vive et rapide.

1 : Réaction légèrement retardée.

2 : Réaction nettement retardée.

3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.

4 : Absence totale de réaction.

**7. Relation**

Evaluation de la réduction de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance.

0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).

1 : Relation identifiable, positive ou négative, mais moins marquée qu'en 0.

2 : Relation à peine marquée, positive ou négative.

3 : Doute sur l'existence d'une relation.

4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

**8. Attractivité**

Evaluation de l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que du sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.

1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0.

2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder son attention centrée sur lui.

3 : Sentiment de malaise et d'être maintenu à distance.

4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte.

Total .....

Copyright : A. Guédeney, 2004. L'utilisation de l'échelle suppose une formation. Son usage implique de prendre contact avec l'auteur et la communication de données utiles au développement de l'échelle : antoine.guedeney@bch.ap-hop-paris.fr ou www.adbb.net.

mation publié par les *Cahiers de la puéricultrice* [26] ; il existe aussi des cassettes vidéo d'entraînement et un film de présentation [27].

L'échelle peut être utilisée de façon systématique, pour tous les enfants d'un

âge donné, ou pour préciser une inquiétude par rapport à un enfant. Si un niveau de retrait supérieur à la note seuil est trouvé par un observateur entraîné, il faut vérifier que ce niveau persiste à un autre examen, une à deux semaines

plus tard. On cherche alors la cause de ce retrait, et on précise s'il est observé lors de toutes les relations ou spécifique d'une relation, ce dernier cas orientant vers un trouble relationnel.

Diverses applications ont eu lieu, en cli-

## Annexe 3 : Edinburgh Postnatal Depression Scale

**Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>1</sup> (EPDS)**

Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Your Date of Birth: \_\_\_\_\_

Baby's Date of Birth: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time      This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often      Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> As much as I always could</li> <li><input type="checkbox"/> Not quite so much now</li> <li><input type="checkbox"/> Definitely not so much now</li> <li><input type="checkbox"/> Not at all</li> </ul> | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual</li> <li><input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well</li> <li><input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever</li> </ul> |
| <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> As much as I ever did</li> <li><input type="checkbox"/> Rather less than I used to</li> <li><input type="checkbox"/> Definitely less than I used to</li> <li><input type="checkbox"/> Hardly at all</li> </ul>     | <p>*7 I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes</li> <li><input type="checkbox"/> Not very often</li> <li><input type="checkbox"/> No, not at all</li> </ul>   |
| <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, some of the time</li> <li><input type="checkbox"/> Not very often</li> <li><input type="checkbox"/> No, never</li> </ul>                  | <p>*8 I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, quite often</li> <li><input type="checkbox"/> Not very often</li> <li><input type="checkbox"/> No, not at all</li> </ul>   |
| <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, not at all</li> <li><input type="checkbox"/> Hardly ever</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, very often</li> </ul>                                      | <p>*9 I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, quite often</li> <li><input type="checkbox"/> Only occasionally</li> <li><input type="checkbox"/> No, never</li> </ul>   |
| <p>*5 I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes</li> <li><input type="checkbox"/> No, not much</li> <li><input type="checkbox"/> No, not at all</li> </ul>                                | <p>*10 The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, quite often</li> <li><input type="checkbox"/> Sometimes</li> <li><input type="checkbox"/> Hardly ever</li> <li><input type="checkbox"/> Never</li> </ul>  |

Administered/Reviewed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

<sup>2</sup>Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

# Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>1</sup> (EPDS)

Postpartum depression is the most common complication of childbearing.<sup>2</sup> The 10-question Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a valuable and efficient way of identifying patients at risk for “perinatal” depression. The EPDS is easy to administer and has proven to be an effective screening tool.

Mothers who score above 13 are likely to be suffering from a depressive illness of varying severity. The EPDS score should not override clinical judgment. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother has felt **during the previous week**. In doubtful cases it may be useful to repeat the tool after 2 weeks. The scale will not detect mothers with anxiety neuroses, phobias or personality disorders.

Women with postpartum depression need not feel alone. They may find useful information on the web sites of the National Women’s Health Information Center <[www.4women.gov](http://www.4women.gov)> and from groups such as Postpartum Support International <[www.chss.iup.edu/postpartum](http://www.chss.iup.edu/postpartum)> and Depression after Delivery <[www.depressionafterdelivery.com](http://www.depressionafterdelivery.com)>.

## SCORING

### QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an \*)

Are scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

### QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an \*)

Are reverse scored, with the top box scored as a 3 and the bottom box scored as 0.

Maximum score: 30  
Possible Depression: 10 or greater  
Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce the scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

## Instructions for using the Edinburgh Postnatal Depression Scale:

1. The mother is asked to check the response that comes closest to how she has been feeling in the previous 7 days.
2. All the items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others. (Answers come from the mother or pregnant woman.)
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.

<sup>1</sup>Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

<sup>2</sup>Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

## Annexe 4 : le test M-CHAT

Remplissez les questions en fonction du comportement habituel de votre enfant. Si le comportement se manifeste de façon irrégulière (par exemple si vous ne l'avez vu qu'une seule fois ou deux), ignorez-le dans vos réponses.

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Votre enfant aime t-il être balancé sur vos genoux?   | Oui | Non |
| 2. Votre enfant s'intéresse t-il à d'autres enfants?   | Oui | Non |
| 3. Votre enfant aime t-il monter sur des meubles ou des escaliers?   | Oui | Non |
| 4. Votre enfant aime t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'?  | Oui | Non |
| 5. Votre enfant joue t-il a des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux? | Oui | Non |
| 6. Votre enfant utilise t-il son index pour pointer en demandant quelque chose?  | Oui | Non |
| 7. Votre enfant utilise t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent?   | Oui | Non |
| 8. Votre enfant joue t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber?                              | Oui | Non |
| 9. Votre enfant amène t-il de objets pour vous les montrer?  | Oui | Non |
| 10. Votre enfant regarde t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux?  | Oui | Non |
| 11. Arrive t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles)   | Oui | Non |
| 12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire?  | Oui | Non |
| 13. Votre enfant vous imite t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?)  | Oui | Non |
| 14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appellez?  | Oui | Non |
| 15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra t-il des yeux?  | Oui | Non |
| 16. Votre enfant marche t-il sans aide?  | Oui | Non |
| 17. Votre enfant regarde t-il des objets que vous regardez?  | Oui | Non |
| 18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage?   | Oui | Non |
| 19. Votre enfant essaie t-il d'attirer votre attention vers son activité?  | Oui | Non |
| 20. Vous êtes vous demandé si votre enfant était sourd?  | Oui | Non |
| 21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent?   | Oui | Non |
| 22. Arrive t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but?  | Oui | Non |
| 23. Votre enfant regarde t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle?  | Oui | Non |

## M-CHAT : Manuel de cotation

Il faut suspecter un diagnostic d'autisme quand l'enfant n'obtient pas les mêmes réponses que sur la grille de cotation à soit **deux des items considérés comme critiques**, soit quand il n'obtient pas les mêmes réponses à **trois items**.

Les réponses oui/non sont traduites en réponses normale/à risque autistique. Ci-dessous sont les réponses à risque autistique. Les items en **GRAS MAJUSCULES** sont les items critiques.

Il n'est pas dit que tous les enfants à risque autistique à ce questionnaire auront un diagnostic d'autisme. Cependant, ces enfants devraient avoir une évaluation plus approfondie par des spécialistes.

1. No	6. No	11. No	16. No	21. No
<b>2. NO</b>	<b>7. NO</b>	12. No	17. No	22. Yes
3. No	8. No	<b>13. NO</b>	18. Yes	23. No
4. No	<b>9. NO</b>	<b>14. NO</b>	19. No	
5. No	10. No	<b>15. NO</b>	20. Yes	

## Annexe 5 : Calendrier des examens pédiatriques

Depuis 1er mars 2019, les examens systématiques sont réalisés selon le calendrier suivant :

### Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent

#### Calendrier

#### Nombre d'examens

	11 examens :
Au cours de la 1 <sup>ère</sup> année	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dans les 8 jours qui suivent la naissance</li> <li>• au cours de la 2<sup>e</sup> semaine</li> <li>• avant la fin du 1<sup>er</sup> mois</li> <li>• 1 fois par mois entre le 2<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois (5 examens)</li> <li>• au cours des 9<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> mois</li> </ul>
	2 examens :
Au cours de la 2 <sup>e</sup> année	<ul style="list-style-type: none"> <li>• entre 16 et 18 mois</li> <li>• au cours du 24<sup>e</sup> ou du 25<sup>e</sup> mois</li> </ul>
De la 3 <sup>e</sup> à la 6 <sup>e</sup> année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

## Annexe 6 : Grille d'observation du bébé élaborée par le groupe d'étude

### Consultation conjointe

Nom	
Prenom	
Date de naissance	
Age	
Date de l'examen	
Personnes accompagnantes	
Motif de la consultation	

### Histoire de l'enfant dans sa famille

*En prénatal :*

*En périnatal :*

*En post natal :*

*Eléments du contexte familial :*

#### Discours des parents

- *Inquiétudes :*
- *Sphère alimentaire :*
- *Sphère du sommeil :*
- *Description du comportement de l'enfant :*

#### OBSERVATION DE L'ENFANT

##### Sphère émotionnelle

- *Pleurs*
- *Geignements*
- *Cris*
- 

##### Sphère tonico-motrice

- *Tonus* :
- *Motricité* :

### **Sphère relationnelle**

- *Regard* :
- *Langage* :
- *Sourires* :

### **Interactions parents bébé**

- Corporelles :  
 *Holding* : adapté, inadapté, en décalage  
 *Handling* : *idem*
- Visuelles :
- Vocales :
- Sourires :

*Qui initie ? Adapté ou non*

### **Interactions avec l'observateur**

Avec le bébé :

Avec la maman :

### **Eprouvé**

- des observateurs :
- des parents :

### **Synthèse**

#### **Compétences et ressources**

Niveau d'inquiétude et objets de l'inquiétude :

- bébé :
- parents :
- environnement :

### **Suite donnée et objectifs de travail**



## **Annexe 7 : Questionnaire qualitatif – grille d’entretien du groupe de discussion**

### QUESTIONNAIRE QUALITATIF DE FOCUS GROUP

Ce guide d’entretien semi-structuré est réalisé dans le but d’explorer les difficultés et les freins que rencontrent les professionnels participant au dispositif à initier des consultations conjointes. Cet entretien sera animé par Dr Marie-Josée Levêque-Kubler et observé par Marie-Odile Sibre et Capucine Martz. Les données recueillies lors de la discussion seront enregistrées et rendues anonymes afin de les analyser.

L’objectif est ici de recueillir un éventail d’idées et non un consensus ; c’est pourquoi nous mettons un point d’honneur à valoriser la participation de tous pour que chacune et chacun puisse s’exprimer librement.

#### 1. Pourquoi vous êtes-vous formés aux consultations conjointes ?

#### 2. Que pensez-vous des consultations conjointes ?

- Quelles sont vos représentations de la CC ?
- Quels en seraient les aspects positifs et négatifs ?
- Quelles sont vos attentes en tant que professionnels ? - Comment percevez-vous les CC dans le suivi pédiatrique ?

#### 3. Si vous avez déjà réalisé une CC, comment s’est-elle passée ?

- A la demande de qui a-t-elle été réalisée ?
- Quelle a été votre vécu de cette expérience ?
- Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

#### 4. Quelles peuvent être vos craintes à initier une consultation ?

- Quelles sont vos appréhensions ou hésitations ?
- Quel est votre ressenti vis-à-vis de cette pratique ?

#### 5. En pratique, quelles difficultés rencontrez-vous ?

- Quels obstacles avez-vous rencontré jusque-là ?
- Pourquoi n’avez-vous pas encore pu initier de consultation ?

#### 6. Comment peut-on vous aider à les mettre en place ?

- Quels besoins avez-vous en termes d’information, de formation, de rencontres ou de perfectionnement ?
- Quel élément pourrait vous aider ?

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Bourrillon A, Benoist G. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. In: Pédiatrie. 4ème. Masson; p. 51-6.
2. François LL. Le dépistage d'une anomalie du développement chez l'enfant avant 3 ans doit tenir compte des nombreuses variations interindividuelles sans inquiéter inutilement les parents. La reconnaissance des signes d'alerte impose d'avoir des repères chronologiques simples et de disposer de quelques objets pour faire réagir l'enfant. Rev Prat. 2004;7.
3. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2018;45.
4. 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 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires)
5. BRUNET-LEZINE.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://michele-forestier.fr/wp-content/uploads/2014/01/BRUNET-LEZINE.pdf?iframe=true>
6. Amiel-Tison C. Bases physiopathologiques et description de l'examen neuromoteur du nouveau-né et du jeune enfant. Cah PreAut. 2008;N° 5(1):97-109.
7. Corbetta D, Guan Y, Williams JL. Le rôle de la vision dans le développement de la préhension chez le bébé : une réévaluation. Enfance. 2012;N° 1(1):49-60.
8. Bourrillon A, Benoist G. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. In: Pédiatrie. 4ème. Masson; p. 56.
9. Mazet P, Stoléru S. Situations cliniques fréquentes. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3ème. Masson; p. 307. (Les âges de la vie).
10. Guedeney A. Les troubles dits fonctionnels dans la petite enfance. In: Petite enfance et psychopathologie. Elsevier Masson; p. 108. (Les âges de la vie).
11. Mazet P, Stoléru S. Troubles à expression somatique. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3ème. Masson; p. 184-8. (Les âges de la vie).
12. Marcelli D, Cohen D. Troubles psychosomatiques. In: Enfance et psychopathologie. 10ème édition. Elsevier Masson; p. 501. (Les âges de la vie).
13. abrege-hge-cd\_2015\_chap08\_item268\_ue8.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/Abrege-HGE/abrege-hge-cd\\_2015\\_chap08\\_item268\\_ue8.pdf](https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/Abrege-HGE/abrege-hge-cd_2015_chap08_item268_ue8.pdf)
14. Missonnier S, Kelalfa-Foucaud F, Boige N. Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO) : un avatar de la transmission orale ? Champ Psychosom. 2002;no 25(1):75-93.

15. Guedeney A. Les troubles et les symptômes dans la petite enfance. In: Petite enfance et psychopathologie. Elsevier Masson; p. 115. (Les âges de la vie).
16. Marcelli D, Cohen D. Troubles psychosomatiques. In: Enfance et psychopathologie. 10ème. Elsevier Masson; p. 507. (Les âges de la vie).
17. Mazet P, Stoléru S. Troubles à expression somatique. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3ème édition. Masson; p. 203-4. (Les âges de la vie).
18. Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie et diagnostic - ScienceDirect [Internet]. [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448714002388>
19. Mazet P, Stoléru S. Troubles à expression somatique. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3ème édition. Masson; p. 192-3. (Les âges de la vie).
20. Marcelli D, Cohen D. Principales sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique. In: Enfance et psychopathologie. 10ème édition. Elsevier Masson; p. 77. (Les âges de la vie).
21. Guedeney A. Les classifications diagnostiques dans la petite enfance. In: Petite enfance et psychopathologie. Elsevier Masson; p. 102. (Les âges de la vie).
22. Fenichel E, Emde RN, Egger H, Guédeney A, Wise BK, Wright HH. Présentation de la révision de la Classification Diagnostique 0-3 ans (DC : 0-3R). Devenir. 2005;Vol. 17(4):347-60.
23. Mazet P, Stoléru S. Etats dépressifs. In: Psychopathologie de nourrisson et du jeune enfant. 3ème édition. Masson; p. 247-50. (Les âges de la vie).
24. Marcelli D, Cohen D. Episode dépressif et « maladie dépressive » chez l'enfant. In: Enfance et psychopathologie. 10ème édition. Elsevier Masson; p. 469. (Les âges de la vie).
25. Guedeney A, Dumond C, Grasso F, Starakis N. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant Du concept à l'outil diagnostique. médecine/sciences. nov 2004;20(11):1046-9.
26. Guedeney A, Dumond C, Grasso F, Starakis N. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant Du concept à l'outil diagnostique. médecine/sciences. nov 2004;20(11):1046-9.
27. Labbé J. LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT. :10.
28. Garret-Gloanec N, Pernel A-S. Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! Inf Psychiatr. 2010;Volume 86(10):813-23.
29. Interactions précoces et recherche [Internet]. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <http://193.49.126.9/recherche/plr/Dosplr/Interact.html>
30. Golse B. À Daniel N. Stern qui nous manque infiniment. Spirale. 2012;n° 64(4):39-42.
31. La grossesse. Enfances Psy. 1 oct 2005;no27(2):131-7.
32. Lecanuet J-P, Schaal B. Sensory performances in the human foetus : a brief summary of research. Intellectica. 2002;34(1):29-56.
33. Mazet P, Stoléru S. Avant-propos. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3ème édition. Masson; p. VII. (Les âges de la vie).

34. Goldbeter-Merinfeld É. Attachement et Intersubjectivité : premiers liens de l'enfant. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2005;no 35(2):5-12.
35. Mellier D. Les registres précoces de l'intersubjectivité. *Rev Psychother Psychanal Groupe*. 2009;n° 53(2):105-18.
36. Mazet P, Stoléru S. Perturbations de l'interaction mère-nourrisson. In: *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. 3ème édition. Masson; p. 165. (Les âges de la vie).
37. Marcelli D, Cohen D. Principales sources théoriques de la pédopsychiatrie clinique. In: *Enfance et psychopathologie*. 10ème édition. Elsevier Masson; p. 52. (Les âges de la vie).
38. Guedeney A. Les troubles et les symptômes dans le petite enfance. In: *Petite enfance et psychopathologie*. Elsevier Masson; p. 137. (Les âges de la vie).
39. Guédeney A, Vermillard M. L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. 2004;5.
40. Glatigny-Dallay E, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Sutter A-L. Évaluation des interactions précoces. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juill 2005;163(6):535-40.
41. Bydlowski S, Lalanne C, Apter G, Golse B, Vaivre-Douret L. Construction des premières interactions mère-bébé de la naissance aux deux mois de l'enfant. Quels liens avec le blues postnatal ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 janv 2015;63(1):1-8.
42. Tissot H, Frascarolo F, Despland J-N, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr Enfant*. 28 déc 2011;Vol. 54(2):611-37.
43. edinburghscale.pdf [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>
44. Murray L, Cooper PJ. EDITORIAL: Postpartum depression and child development. *Psychol Med*. mars 1997;27(2):253-60.
45. Adamson L, Frick J. The Still Face: A History of a Shared Experimental Paradigm. *Infancy*. 2003;4(4):451-73.
46. Mazet P, Stoléru S. Nourrissons dont les parents souffrent de troubles psychiatriques. In: *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. 3ème. Masson; p. 354. (Les âges de la vie).
47. Guedeney A. Les effets sur le jeune enfant des violences conjugales. In: *Petite enfance et psychopathologie*. Elsevier Masson; p. 225. (Les âges de la vie).
48. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(2):339-52.
49. Mazet P, Stoléru S. Bébés et mères alcooliques et/ou toxicomanes. In: *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. 3ème édition. Masson; p. 366. (Les âges de la vie).
50. Le syndrome d'alcoolisme foetal. *Paediatr Child Health*. mars 2002;7(3):181-95.

51. matern.pdf [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/matern.pdf>
52. Les débuts du congé paternité : vécu et représentations. :53.
53. Mazet P, Stoléru S. Interactions parents-nourrisson. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3ème édition. Masson; p. 114. (Les âges de la vie).
54. Paquette D. La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*. 2004;Vol. 56(2):205-25.
55. Mazet P, Stoléru S. Expressions symptomatiques. In: 3ème édition. Masson; p. 234. (Les âges de la vie).
56. Daniel R. Accueil Présentation Enseignement Recherche Actualité Publications Documents Dossiers Pédoopsy et Web Bibliothèque Li. :13.
57. tdah\_recommandations.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_recommandations.pdf)
58. Guedeney A. Les difficultés de comportement avant 3 ans, troubles externalisés, TOP, TDAH. In: Petite enfance et psychopathologie. Elsevier Masson; p. 121. (Les âges de la vie).
59. Baillargeon RH, Morisset A, Keenan K, Normand CL, Séguin JR, Japel C, et al. Development of disruptive behaviors in young children: A prospective population-based cohort study. *Infant Ment Health J*. 2012;33(6):633-50.
60. autisme\_-\_etat\_des\_connaissances\_-\_memo.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/autisme\\_-\\_etat\\_des\\_connaissances\\_-\\_memo.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/autisme_-_etat_des_connaissances_-_memo.pdf)
61. tsa\_-\_des\_signes\_dalerte\_a\_la\_consultation\_dediee\_en\_soins\_primaires\_1er\_ligne\_-\_synthese.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa\\_-\\_des\\_signes\\_dalerte\\_a\\_la\\_consultation\\_dediee\\_en\\_soins\\_primaires\\_1er\\_ligne\\_-\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_des_signes_dalerte_a_la_consultation_dediee_en_soins_primaires_1er_ligne_-_synthese.pdf)
62. Catégories cliniques (1ère partie) de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: [http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo\\_bd/cftmea/cftmea1a.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/cftmea1a.html)
63. Martin C. Les difficultés du repérage précoce de l'autisme en médecine générale. 2018.
64. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2018;257.
65. autisme\_\_etat\_des\_connaissances\_argumentaire.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme\\_\\_etat\\_des\\_connaissances\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf)
66. Livet M-O, Villeneuve N, Daquin G, Cournelle M-A, Mancini J, Moncla A. Épilepsies et retard mental : les syndromes génétiques. 2004;6:10.
67. Marcelli D, Cohen D. Psychopathologie des fonctions cognitives. In: Enfance et psychopathologie. 10ème édition. Elsevier Masson; p. 229-32. (Les âges de la vie).

68. Granier I, Roussey M. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Rev Prat. 2006;10.
69. Marcelli D, Cohen D. Infirmité motrice cérébrale, épilepsie et schizophrénie à début précoce. In: Enfance et psychopathologie. 10ème édition. Elsevier Masson; p. 397. (Les âges de la vie).
70. Bourrillon A, Benoist G. Convulsions du nourrisson épilepsies de l'enfant. In: Pédiatrie. 4ème édition. Masson; p. 519.
71. Orphanet: Trisomie 21 [Internet]. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease\\_Search.php?lng=FR&data\\_id=116&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseGroup=trisomie-21&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseType=Pat&Maladie\(s\)/groupes%20de%20maladies=Trisomie-21&title=Trisomie%2021&search=Disease\\_Search\\_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=116&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=trisomie-21&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Trisomie-21&title=Trisomie%2021&search=Disease_Search_Simple)
72. Orphanet: Syndrome de l\_X fragile [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease\\_Search.php?lng=FR&data\\_id=120&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseGroup=Syndrome-de-l-X-fragile&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseType=Pat&Maladie\(s\)/groupes%20de%20maladies=Syndrome-de-l-X-fragile&title=Syndrome%20de%20l\\_X%20fragile&search=Disease\\_Search\\_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=120&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Syndrome-de-l-X-fragile&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Syndrome-de-l-X-fragile&title=Syndrome%20de%20l_X%20fragile&search=Disease_Search_Simple)
73. Orphanet: Syndrome d\_Angelman [Internet]. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease\\_Search.php?lng=FR&data\\_id=90&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseGroup=syndrome-d-angelman&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseType=Pat&Maladie\(s\)/groupes%20de%20maladies=Syndrome-d-Angelman&title=Syndrome%20d\\_Angelman&search=Disease\\_Search\\_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=90&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=syndrome-d-angelman&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Syndrome-d-Angelman&title=Syndrome%20d_Angelman&search=Disease_Search_Simple)
74. Marcelli D, Cohen D. Trouble du développement intellectuel (handicap intellectuel). In: Enfance et psychopathologie. 10ème édition. Elsevier Masson; p. 325. (Les âges de la vie).
75. Bourrillon A, Benoist G. Dépistages chez l'enfant. In: Pédiatrie. 4ème édition. Masson; p. 95-101.
76. Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, et al. Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. JAMA Pediatr. 1 août 2013;167(8):769-75.
77. Nix CM, Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F. Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche. Psychiatr Infant. 2009;Vol. 52(2):423-50.
78. Guedeney A. Les enjeux de la prématurité : interventions auprès des bébés et des parents. In: Petite enfance et psychopathologie. Elsevier Masson; p. 190-5. (Les âges de la vie).
79. Delion P. Le bébé, sa famille et les soignants. In: Le bébé dans sa famille. ERES; p. 17-8. (1001 BB).
80. Accueil [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/>

81. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJS. Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children Who Were Born Preterm: A Meta-analysis. JAMA. 14 août 2002;288(6):728-37.
82. Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow N. Autism Spectrum Disorders in Extremely Preterm Children. J Pediatr. avr 2010;156(4):525-531.e2.
83. ODAS | Définition de l'enfant en danger [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>
84. Guedeney A. Le développement psychologique précoce : des pionniers aux données récentes. In: Petite enfance et psychopathologie. Elsevier Masson; p. 44. (Les âges de la vie).
85. Nicodeme MR, Deau X. Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM. :7.
86. 280116\_dp\_loi-de-sante.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116\\_dp\\_loi-de-sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf)
87. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>
88. Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant - Légifrance [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038175215/>
89. POLYCOPIE Role MG Prevention 2009.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/POLYCOPIE%20Role%20MG%20Prevention%202009.pdf>
90. 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 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires)
91. Rollet C. Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? Rev Française Aff Soc. 2005;(3):129-56.
92. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. :8.
93. Point\_conjoncture\_07.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Point\\_conjoncture\\_07.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_conjoncture_07.pdf)
94. Griot E. CONSOMMATION MEDICALE , AFFECTIONS PEDIATRIQUES EN SOINS PRIMAIRES. :12.
95. collet vilain. Le premier certificat de santé de l'enfant [certificat au 8ème jour (CS8)] - 2012. :187.

96. Rapport\_sur\_l\_evaluation\_du\_carnet\_de\_sante\_de\_l\_enfant\_aupres\_des\_professionnels.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sur\\_l\\_evaluation\\_du\\_carnet\\_de\\_sante\\_de\\_l\\_enfant\\_aupres\\_des\\_professionnels.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_professionnels.pdf)
97. Colineau-Méneau A, Neveur M-A, Beucher A, Hitoto H, Dagonne C, Dubin J, et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Sante Publique (Bucur)*. 1 janv 2008;20.
98. Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, Gerbaud L, Lémery D. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 nov 2009;38(7):559-73.
99. Hassani A, Letoret A, Morellec J. Le contexte historique. In: *Protection maternelle et infantile De la promotion de la santé à la protection de l'enfance*. p. 23.
100. Hassani A, Letoret A, Morellec J. Le contexte historique. In: *Protection maternelle et infantile De la promotion de la santé à la protection de l'enfance*. Berger-Levrault; p. 35.
101. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
102. 074000139.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000139.pdf>
103. Articles-L2112-1-du-CSP-et-suivants.pdf [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Articles-L2112-1-du-CSP-et-suivants.pdf>
104. Hassani A, Letoret A, Morellec J. Les mesures en faveur des femmes enceintes. In: *Protection maternelle et infantile - De la promotion de la santé à la protection de l'enfance*. Berger-Levrault; p. 103-49. (Les indispensables).
105. Hassani A, Letoret A, Morellec J. Activités en faveur des enfants. In: *Protection maternelle et infantile - De la promotion de la santé à la protection de l'enfance*. Berger-Levrault; p. 235-42. (Les indispensables).
106. AccueilJeuneEnfant2013\_bd.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/observatoire\\_petite\\_enfance/AccueilJeuneEnfant2013\\_bd.pdf](https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/observatoire_petite_enfance/AccueilJeuneEnfant2013_bd.pdf)
107. Code de l'action sociale et des familles - Article L421-1. Code de l'action sociale et des familles.
108. Code de la santé publique - Article R2112-3. Code de la santé publique.
109. plan-autisme2013.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/documentation/plan-autisme2013.pdf>
110. Code de la santé publique - Article L2112-6. Code de la santé publique.
111. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/6-7/2018\\_6-7\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/6-7/2018_6-7_1.html)



112. Hassani A, Letoret A, Morellec J. Les moyens humains, les outils, les modes d'action et le budget. In: Protection maternelle et infantile - De la promotion de la santé à la protection de l'enfance. Berger-Levrault; p. 206-11. (Les indispensables).
113. Bulletin Officiel n°98/50 [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-50/a0503153.htm>
114. PLAN PERINATALITE. :44.
115. reseaux\_de\_sante.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf)
116. cir\_39846.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir\\_39846.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39846.pdf)
117. Cartes des réseaux de santé en périnatalité – FFRSP [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://ffrsp.fr/rsp-et-partenaires/carte-rsp-france/>
118. Turrou S. Etat de santé des nourrissons du Réseau périnatalité du Pays Thur Doller (68) : Etude descriptive des données sanitaires recueillies dans le secteur de compétence du réseau lors de la visite médicale du 9ème mois. 2013.
119. Agence Régionale de Santé. Fons d'intervention régionale - Demande de financement - Années 2019-2022 - Réseau de Périnatalité du Pays Thur et Doller.
120. preparation\_naissance\_recos.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
121. La place du médecin généraliste dans le réseau | Cairn.info [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2012-1-page-55.htm>
122. DICOM\_Marie.M, DICOM\_Marie.M. Les plateformes de coordination et d'orientation TND [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2020 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/intervenir-precocement-aupres-des-enfants/plateformes-tnd>
123. tnd\_fiche\_technique\_forfait\_intervention\_2020.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/tnd\\_fiche\\_technique\\_forfait\\_intervention\\_2020.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/tnd_fiche_technique_forfait_intervention_2020.pdf)
124. Muriel D. Haute Autorité de santé. 2020;33.
125. brochure\_reperage\_tnd\_2020.janv.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/brochure\\_reperage\\_tnd\\_2020.janv.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_reperage_tnd_2020.janv.pdf)
126. tnd\_fiche\_technique\_medecin\_2020.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/tnd\\_fiche\\_technique\\_medecin\\_2020.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/tnd_fiche_technique_medecin_2020.pdf)
127. Mazet P, Stoléru S. L'examen. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3ème. Masson; p. 132-3. (Les âges de la vie).
128. Mellier D. L'observation est un soin. In: Observer un bébé : un soin. érès; p. 13, 9, 51, 102. (1001 BB).

129. Panorama de l'observation du bébé selon la méthode Esther Bick dans les pays francophones | Cairn.info [Internet]. [cité 21 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2005-1-page-55.htm>
130. FORESTIER M. Le développement moteur du bébé, les étapes [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://michele-forestier.fr/bebe-developpement-moteur/>
131. Pikler E. La motricité libre [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: [http://pikler.fr/annexes/emmi\\_pikler\\_loczy/emmi\\_pikler/la\\_motricite\\_libre](http://pikler.fr/annexes/emmi_pikler_loczy/emmi_pikler/la_motricite_libre)
132. Thiboud D, Vignes M, Suc A, Hazane F, Raynaud J-P. Consultation conjointe dans la douleur de l'enfant, une forme de soins à temps partiel ? *Empan*. 28 mai 2008;n° 69(1):73-81.
133. Rochette J, Colas N. En passant par le baby-club. Mères et bébés en groupe : transformation psychique et médiation par l'observation. In: *Observer un bébé : un soin. érès*. p. 45-68. (Mille et un bébés).
134. Mauvais P. Des soins au long cours soutenus par l'observation partagée : histoire de Sonia. In: *Observer un bébé : un soin. érès*. p. 71-97. (Mille et un bébés).
135. Mellier D. Une heure avec Cécile. Observation et jeu à la crèche. In: *Observer un bébé : un soin. érès*. p. 99-116. (Mille et un bébés).
136. Sibre M-O, Dezeque J-M, Elsass C, Frieh M, Hillmeyer A. 16. Les consultations conjointes en centre maternel : une attention partagée. In: *Le bébé dans sa famille* [Internet]. ERES; 2015 [cité 19 avr 2018]. p. 261-72. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-bebe-dans-sa-famille--9782749248363-p-261.htm>
137. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. :16.
138. Delion P. Le bébé, sa famille et les soignants. In: *Le bébé dans sa famille. érès*; p. 20-2. (1001 BB).
139. Mazet P. Avant-propos. In: *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3ème*. Masson; p. VI. (Les âges de la vie).

Université  
de Strasbourg



Faculté  
de médecine

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MARTZ Prénom : Capucine

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

*Martz*

A Strasbourg, le 01/10/20

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

**RESUME :**

**Introduction :** L'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant constitue un motif fréquent de consultation en médecine générale. Elle s'inscrit dans un suivi régulier et doit permettre de repérer précocement un retard. Le repérage et l'orientation des enfants ayant un trouble du développement psychomoteur est encore tardif.

**Matériel et méthodes :** Un groupe de médecins généralistes et de puéricultrices de service de protection maternelle et infantile (PMI) s'est réuni autour de cette question afin de développer un dispositif innovant de consultation conjointe. Nous avons dans un premier temps suivi les différentes étapes d'élaboration de ce projet porté par le réseau de périnatalité du PaysThur Doller mais devant le peu de consultations conjointes réalisées, nous avons voulu savoir quels pouvaient être les freins rencontrés à leur mise en place, à travers une étude qualitative réalisée en 2019 par un entretien semi-dirigé d'un groupe de discussion composé de médecins généralistes et de puéricultrices de PMI. Une analyse longitudinale basée sur le verbatim des entretiens a été faite suivie d'une analyse transversale portant sur les thèmes et sous-thèmes identifiés lors de l'analyse longitudinale.

**Résultats :** Cette étude a mis en évidence une volonté marquée de travailler à plusieurs autour de l'enfant en difficulté afin d'enrichir l'observation du bébé. Par ailleurs, les professionnels interrogés espèrent à travers ce nouveau partenariat introduire la PMI aux familles avec un angle préventif. En revanche, ils redoutent de travailler sous le regard de l'autre et craignent la réaction des familles à la proposition de la consultation conjointe. Cependant, certains binômes ont déjà pu co-consulter : ils décrivent un temps dédié où chacun trouve sa place autour de la famille et dont l'attention est portée sur l'observation. Les consultations conjointes sont proposées aux familles dont les parents se trouvent en difficulté, lorsque l'enfant présente un écart de développement ou lorsque les professionnels constatent une forme de déni de la part des parents, auquel cas, la consultation conjointe semble leur permettre une amorce de travail psychique.

**Conclusion :** Les consultations conjointes pourraient apporter un regard neuf sur certaines situations concernant un retard de développement psychomoteur chez l'enfant, une inquiétude parentale ou une problématique familiale par la double observation et par la complémentarité des compétences. Elles permettraient de donner aux professionnels une assise face à l'inertie de certains parents et permettre une prise en charge plus précoce.

---

**Rubrique de classement :** médecine générale

---

**Mots-clés :** Développement psychomoteur, consultation conjointe, repérage, observation, médecine générale

---

**Président :** Pr C. SCHRÖDER

**Assesseurs :** Dr M-J. LEVEQUE-KUBLER, Pr P. KUHN, Dr A. ZALOSZYC

---

**Adresse de l'auteur :** 25 rue brulée, 67000 Strasbourg

