

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HASSID épouse CORCHIA Laurène
Née le 26 Février 1984 à Sarcelles (95)

Présentée et soutenue publiquement le : 30 Septembre 2014

**COMMUNICATION ENTRE LE MEDECIN GENERALISTE ET LE MEDECIN SCOLAIRE
DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AGES DE 3 A 18 ANS ATTEINTS DE
MALADIES CHRONIQUES ET /OU DE HANDICAPS DANS LE DEPARTEMENT DU VAL
D'OISE**

Président de thèse : Professeur FAYE Albert

Directeur de thèse : Professeur LEPOUTRE Bruno

DES DE MEDECINE GENERALE

Remerciements et Dédicaces

A Monsieur le Professeur Albert Faye, vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bruno Lepoutre, vous avez accepté de diriger ce travail et m'avez apporté conseils et soutien, vous m'avez enseigné la médecine lors de mon SASPAS...veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance

A Messieurs les Professeurs Dominique De Prost et Frédéric Morinet, vous avez la bienveillance d'accepter de participer au jury de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Eric Giet, merci pour m'avoir enseigné la pratique de la médecine en ville, pour m'avoir montré l'exemple et de m'avoir transmis l'amour de la médecine générale, le tout dans la bonne humeur...

A mes maîtres de stage, les Docteurs Katia Toulotte et Christian Bensimon, Valérie Carbonnaux, Max Budowski, Valérie Zéline pour leurs enseignements, leur bienveillance et leur accueil chaleureux dans leur cabinet au cours de mes stages

Aux médecins que je remplace qui me permettent d'exercer la médecine dans leur cabinet et de me former chaque jour sous leur regard bienveillant et leur disponibilité à toute heure...

A Madame le Docteur Annie Floc'hlay, merci pour tout ce temps consacré à ma thèse, à votre aide précieuse que j'ai pu trouver en chaque occasion...et bien sûr pour votre sympathie...Je ne l'oublierai pas...

A Madame le Docteur Florence Hébert, un grand merci, pour ton investissement pour toutes les étapes de ma thèse... mais aussi et surtout pour m'avoir fait découvrir la médecine scolaire, à ton dynamisme et à l'amour que tu portes à ton métier que tu m'as évidemment transmis...c'est comme ça que je vois la médecine ...

A Madame le Docteur Louise Goldstein, merci pour m'avoir accueillie auprès de toi en médecine scolaire et enseigné la discipline ainsi que pour ta gentillesse et ta simplicité...

A Madame Valérie Debladis, une secrétaire exemplaire, merci pour ton aide pour m'avoir permis de passer les entretiens et pour ta gentillesse

A Karen Kalfon-Houri, merci pour toute ton aide que tu m'as accordée, je le rappelle une semaine avant ton mariage...!

Merci aux parents et aux enfants, médecins généralistes et médecins scolaires, qui ont participé aux entretiens et qui ont pris de leur temps personnel et professionnel pour ma thèse,

À Maman, Je n'ai pas assez de mots pour te dire à quel point je te remercie pour toute ton aide depuis tout ce temps - 28 ans de scolarité ça chiffre... !!! - et ce malgré les épreuves... Tu as toujours su trouver les mots pour me guider, me soutenir, me rassurer, et me pousser... pour en arriver là où je suis... oui tu peux être fière... je t'aime maman...

À Papa, Merci pour m'avoir encouragée... pour tous les allers retour à la fac et pour ton amour inconditionnel

À Alison et Wendy, mes sœurs adorées, mes complices pour la vie et mes rayons de soleil... à David, Yohan et Nathan...

À ma grand-mère, la célèbre Arlette...

À ma belle-famille, mes beaux-frères, belles sœurs, à Maurice, mes neveux et nièces... tous si chers à mon cœur...

À Georges, pour ton soutien, pour tes encouragements, ta bienveillance et ta générosité... ton grand cœur s'est agrandi davantage pour nous laisser un peu de place... un grand merci pour tout cela...

À toute ma famille et à mes amis... qui m'avez toujours encouragée... petit clin d'œil à Anaïs, Jonathan, Pauline...

Aux personnes disparues, mes grands-parents Mamie Dolly, Papy Robert et Papy Lucien, qui auraient voulu assister à ma soutenance, merci pour m'avoir transmis vos valeurs et pour avoir veillé sur moi... à chaque pas que je fais je pense à vous...

À Jeanine, je garderai toujours en mémoire ton soutien les jours où je ne voulais pas travailler seule... tu es partie trop vite... je regrette aujourd'hui de ne pouvoir partager ce merveilleux moment avec toi... les valeurs que tu nous as données se retrouvent déjà chez tes enfants et petits-enfants et nous veillerons à les transmettre ...

À Michel et Marina, vous motivez des troupes, oui, les étudiants en médecine qui vous regardent chaque jour... merci...

...Et enfin... À Hubert, mon époux mais aussi mon ami, mon amour, mon pilier, le secret de mes joies et le gardien de mes peines... pour toutes ces larmes que tu as essuyées tout au long de ces études que tu as vécues toi aussi... merci pour toute ton aide et pour tous ces sacrifices lesquels tu savais qu'ils paieront un jour... merci pour tous ces bonheurs que tu me fais vivre ... je t'aime...

À mes enfants, mon avenir, Abigaël et Eléa et à tous ceux qui suivront...

LISTE DES ABREVIATIONS

MEN :	Médecin de l'Education Nationale
MG:	Médecin Généraliste
P:	Parents
ARS :	Agence Régionale de Santé
ARS-DT :	Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
BSEDS 5-6 :	Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité pour les (enfants âgés de) 5-6 ans
CLAT :	Centre de Lutte Anti tuberculeuse
CMS :	Centre Médico Scolaire
COFEMER :	Collège Français des Enseignants de Médecine Physique et de Réadaptation
CRIP :	Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes
CSCT :	Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
EES :	Equipe de Suivi de Scolarisation
ECN :	Examen Classant National
RASED :	Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté
MILDT :	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MT :	Médecin Traitant
PAI :	Projet d'Accueil Individualisé
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PPS :	Projet Personnalisé de Scolarisation
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SNPF :	Syndicat National des Pédiatres Français
TADA :	Troubles des Apprentissages et Déficit Attentionnel
WONCA:	World Family Doctor Caring For People

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS ET DEDICACES	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION	8
RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	11
1. La Communication.....	11
1.1. <i>La communication entre professionnels de santé est indispensable à la bonne prise en charge du patient.....</i>	<i>11</i>
1.2. <i>L'important c'est la synergie. Soigner ensemble c'est entre autres reconnaître les autres soignants et leurs compétences</i>	<i>12</i>
1.3. <i>Des formations pour la pluridisciplinarité.....</i>	<i>12</i>
1.4. <i>Place du médecin généraliste.....</i>	<i>13</i>
1.5. <i>Les moyens de communication entre médecins</i>	<i>15</i>
1.6. <i>Les moyens de communication de patients à médecin</i>	<i>16</i>
1.7. <i>Communication entre médecin scolaire (médecin de l'éducation nationale) et médecin généraliste.....</i>	<i>18</i>
2. La médecine scolaire en France.....	21
2.1. <i>Histoire de la médecine scolaire</i>	<i>21</i>
2.2. <i>Le médecin de l'Education Nationale (MEN).....</i>	<i>24</i>
2.3. <i>Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique</i>	<i>31</i>
3. La Médecine scolaire en Europe ⁽²¹⁾⁽²²⁾	38
3.1. <i>Le Modèle Communautaire.....</i>	<i>38</i>
3.2. <i>Le Modèle Intégré au milieu scolaire</i>	<i>39</i>
3.3. <i>Le Modèle Sanitaire.....</i>	<i>39</i>
4. Hypothèses	39

METHODOLOGIE.....	41
1. Présentation et choix de la méthode	41
1.1. <i>La recherche qualitative versus quantitative.....</i>	<i>41</i>
1.2. <i>Application de la méthode qualitative au sujet de recherche.....</i>	<i>42</i>
2. Les entretiens	43
2.1. <i>Choix de l'échantillonnage</i>	<i>43</i>
2.2. <i>Les entretiens.....</i>	<i>45</i>
2.3. <i>Transcription des données</i>	<i>46</i>
2.4. <i>Analyse du contenu.....</i>	<i>46</i>
2.5. <i>Limitation des biais</i>	<i>46</i>
RESULTATS.....	48
1. Description des échantillons.....	48
1.1. <i>Les médecins généralistes.....</i>	<i>48</i>
1.2. <i>Les médecins de l'Education Nationale.....</i>	<i>48</i>
1.3. <i>Les parents.....</i>	<i>48</i>
2. Les thèmes généraux	49
2.1. <i>Les médecins généralistes.....</i>	<i>49</i>
2.2. <i>Les médecins scolaires.....</i>	<i>54</i>
2.3. <i>Les parents.....</i>	<i>60</i>
DISCUSSION	65
1. Critique de l'étude.....	65
1.1. <i>Pertinence de la question posée ?.....</i>	<i>65</i>
1.2. <i>Choix de la méthode</i>	<i>66</i>
1.3. <i>Avantages de la méthode.....</i>	<i>66</i>
1.4. <i>Inconvénients de la méthode.....</i>	<i>67</i>
1.5. <i>Les biais de mon étude</i>	<i>67</i>
2. Confrontation des résultats des différents groupes	69
2.1. <i>Les médecins</i>	<i>69</i>
2.2. <i>Les parents versus médecins</i>	<i>72</i>
3. Mise en perspectives avec la littérature.....	75

4.	Propositions pour l'avenir	79
4.1.	<i>Un travail conjoint</i>	79
4.2.	<i>Se faire connaître, une évidence</i>	79
4.3.	<i>Un nouveau support pour améliorer le suivi de l'enfant</i>	80
4.4.	<i>Des supports financiers</i>	80
4.5.	<i>Une consultation dédiée</i>	81
4.6.	<i>La médecine scolaire valorisée</i>	81
4.7.	<i>Le médecin traitant pour l'enfant</i>	82
4.8.	<i>Nouveaux modes de rémunération</i>	83
4.9.	<i>Savoir déléguer</i>	84
	CONCLUSION	86
	BIBLIOGRAPHIE	88
	ANNEXES	93

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, l'enfant atteint de maladies chroniques et ou de handicap bénéficie d'un accueil personnalisé au sein des établissements scolaires. Pour les enfants atteints de maladies chroniques, la mise en place des PAI a été initiée par différentes circulaires de l'Education Nationale entre 1993 et 2003. La loi de Février 2005 précise les modalités d'accompagnement des enfants atteints de handicap afin de compenser leurs déficits et leur permettre d'être intégrés au mieux à l'école et aux autres enfants malgré leurs difficultés. Ceci implique d'identifier les besoins qui sont les leurs et de prévoir les moyens à mettre en œuvre pour éviter l'exclusion et l'isolement dans lesquels la maladie peut placer l'enfant. Ils ont une école de référence, qu'ils peuvent fréquenter à temps partiel si besoin. Pour ce faire, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ou un projet d'accueil individualisé (PAI) est établi grâce au médecin de l'Education Nationale plus communément appelé médecin scolaire et grâce au médecin référent de l'enfant. Ce médecin référent peut être le médecin généraliste ou un spécialiste.

Dans le Val d'Oise, le nombre d'enfants pris en compte dans le champ du handicap représente 4,2% de la population scolaire, ce qui est en augmentation exponentielle depuis 2004/2005. Parmi eux, 1 enfant sur 3 présente des atteintes intellectuelles et psychiques ce qui n'est pas négligeable. Ces enfants seront irrémédiablement amenés à consulter en cabinet de médecine générale avec leurs parents pour la prise en charge de leur pathologie chronique, ou pour la prise en charge de pathologies aiguës, en rapport ou non avec la maladie chronique.

Le médecin généraliste tient un rôle de coordonnateur, contribuant aux soins et à l'accompagnement des membres de la famille dans les dimensions physiques, psychique et sociales. Le médecin scolaire, contribue à l'accueil individualisé des enfants atteints de maladie chronique et/ou de handicap ainsi qu'à la promotion de la santé en milieu scolaire et le suivi médical des élèves. Par conséquent ces praticiens doivent être en relation étroite pour assurer la prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire de l'enfant.

La communication en médecine est primordiale. En médecine générale, elle tient un rôle tout aussi important puisque le médecin généraliste est considéré comme le pivot de la prise en charge.

Malgré tout il semble que la communication entre ces deux intervenants principaux, au cœur de la prise en charge à la fois de l'enfant dans son environnement familial d'une part et dans son environnement scolaire d'autre part fait largement défaut. Les médecins scolaires ont à plusieurs reprises mis en évidence des failles : méconnaissances de leurs coordonnées et de leurs fonctions par le médecin généraliste ou manque de temps.

Au cours de mes stages en ville, j'ai pu découvrir à quel point le médecin traitant pouvait être en grand manque d'information concernant le suivi, difficile certes mais primordial, de ces enfants en difficulté, particulièrement dans les débuts de la prise en charge ; et surtout d'être démuni devant l'incompréhension et la détresse des parents.

Dans mon étude, j'ai exploré le positionnement et les pratiques de communication d'un échantillon de médecins généralistes et de médecins scolaires du Val d'Oise pour leur communication. Par ailleurs, j'ai également évalué le positionnement d'un échantillon de parents d'enfants malades résidant dans le Val d'Oise par rapport à cette problématique. J'ai réalisé une étude qualitative sous forme d'entretiens semi dirigés passés avec des médecins généralistes, des médecins scolaires et des parents d'enfants atteints de maladie chronique et/ou handicap.

L'objectif de l'étude est d'une part de collecter et analyser des informations afin de comprendre au mieux les attitudes concernant la communication entre ces deux catégories de médecin et la prise en charge conjointe des enfants handicapés et présentant une maladie chronique et d'autre part de connaître le vécu et les attentes des parents.

Les hypothèses concernant ce sujet sont qu'il n'existe peu ou pas de communication entre les deux médecins malgré leur rôle central. Par ailleurs, le support de communication entre les deux médecins ne semble pas être adéquat. Les principaux obstacles pourraient être la méconnaissance du mode de fonctionnement de la médecine scolaire et de sa spécificité par les médecins généralistes et un carnet de santé inadapté.

Il y a très peu de références faisant notion de cette communication entre ces deux branches de la médecine. Plusieurs questions restent à ce jour toujours d'actualité et

non résolues : quels sont les obstacles à la communication ? Comment améliorer la communication entre le médecin de famille et le médecin scolaire dans le cadre de la prise en charge à l'école d'enfants présentant un handicap ? Pourquoi l'améliorer ? Quelles sont les informations indispensables à communiquer entre médecin de famille et médecin scolaire dans le cadre de la prise en charge à l'école d'enfants avec un handicap ou atteint de maladie chronique ?

L'étude permettrait de répondre à ces questions. Elle permettrait aussi de sensibiliser ces deux professionnels de santé à l'intérêt d'un travail conjoint et éventuellement de penser à de meilleurs outils, tout ceci dans l'optique d'améliorer leur communication afin de mieux prendre en charge l'enfant handicapé et/ou malade scolarisé.

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LA COMMUNICATION

1.1. La communication entre professionnels de santé est indispensable à la bonne prise en charge du patient

Il existe déjà en France des localités où l'on se réunit afin d'une part de se former mais d'autre part de résoudre des problèmes d'organisation de travail au moyen notamment de protocoles élaborés en commun. Ces réunions permettent d'harmoniser la prise en charge de certains patients, et de résoudre des problèmes en cours ; elles permettent un échange sur la situation des patients et d'essayer d'être à leur écoute et celle de leur famille tout en analysant la faisabilité de leur souhait ; elles apportent une connaissance mutuelle et une confiance réciproque entre chaque intervenant de la prise en charge.

Il y a cependant certains freins à ce type de pratique : baisse de la participation, voire absentéisme de certains, crainte de certains médecins de perdre leur « pouvoir » en déléguant aux autres soignants ; le patient peut craindre une trop grande communication entre médecins et ne plus oser dire ce qu'il pense de l'un ou de l'autre. Ce sont des freins à la communication mais également à la mise en œuvre de certaines résolutions adoptées.

Débutée en septembre 2010 une formation pluri professionnelle chaque 2 mois rassemblant une trentaine de libéraux de Die en moyenne montagne (IDE, kiné, médecins, orthophonistes, ostéopathes, pharmaciens) répond à un besoin et une demande de collaborer. ⁽¹⁾

La « coopération interprofessionnelle », tel est le terme employé par Fanny Casanova chargée de mission Villes du Sud à l'ISNAR-IMG, dans un article de La Revue Du Praticien en Janvier 2012. ⁽²⁾

En 2009, près de 60 % des médecins généralistes ambulatoires ont un exercice isolé tandis que seulement 5 % travaillent en regroupement pluri professionnel. Cependant, actuellement, les jeunes médecins seraient plus tentés par l'exercice regroupé. Par ailleurs, *« la demande et l'offre de soins en France sont en mutation. Un aménagement de la disponibilité et de la distribution de ces soins est nécessaire. Il doit se faire à travers une*

redéfinition des missions et des compétences des professionnels de santé. En effet, chacun d'eux est un acteur de la prise en charge du patient, indispensable à l'efficacité complète du parcours de santé de celui-ci. Des réseaux (...) se sont développés ces dernières années avec d'autres professionnels de santé, pour la plupart centrés sur une pathologie, souvent chronique ». Des expérimentations de cette fameuse coopération sont testées dans différentes localités depuis 2004. Les résultats sont certes favorables mais elles soulignent les nombreux obstacles qu'il reste à franchir comme la « délégation de tâches » et le problème de la responsabilité du « déléguant » au « délégué », intimement liés au problème du transfert de compétence qui en découle et qui demande « une évolution des formations des paramédicaux » entre autres. Certes, cette coopération concerne la collaboration établie entre personnel médical et paramédical pour la réalisation d'actes initialement médicaux mais met en évidence la nécessité de communiquer entre les divers intervenants de la prise en charge d'un patient et de l'importance d'un réseau. Dans ce cadre le temps d'intervention des acteurs professionnels se situe « *entre complémentarité, substitution, et addition* ».

1.2. L'important c'est la synergie. Soigner ensemble c'est entre autres reconnaître les autres soignants et leurs compétences

Chaque professionnel impliqué raisonne et agit en fonction de sa formation initiale, de son champ de compétences professionnelles, pour contribuer à la résolution du problème de santé d'un patient. Les objectifs de soins sont communs, connus et reconnus par l'ensemble des professionnels et par les patients. Les différents raisonnements professionnels ne s'opposent pas, ils sont complémentaires. Développer de telles synergies est indispensable et justifie des efforts pour dépasser certains obstacles ou certaines difficultés d'organisation. ⁽³⁾

1.3. Des formations pour la pluridisciplinarité

Travailler en pluridisciplinarité n'est pas chose aisée et certaines influences poussent à travailler de manière isolée, « *à mal connaître le travail et les compétences des autres soignants* ». Cela fait partie d'un processus d'apprentissage quotidien, notamment au cours de l'internat des jeunes médecins généralistes. Le partenariat est tellement important qu'un module de formation complémentaire a été mis en place à la faculté de médecine de Louvain. Il repose sur un stage pédagogique d'un mois organisé en début

d'internat, supervisé par le maître de stage, consistant à rencontrer et découvrir les partenaires de soins et leurs interactions, de gérer les contacts avec eux, de découvrir les réseaux de soins, d' « *approfondir une problématique nécessitant l'utilisation d'un réseau pluridisciplinaire autour d'un patient* ». L'interne doit rendre un travail de synthèse, répondant à des objectifs fixés en début de stage avec le maître de stage et un responsable du Centre Académique de Médecine Générale. Des exemples de problèmes de santé sont ainsi abordés en pluridisciplinarité (IST, obésité, handicap moteur, violences conjugales...).⁽⁴⁾

Des formations à Bichat sont aussi organisées comme le séminaire « Entrée dans la vie professionnelle » présenté sous forme d'ateliers au cours duquel on aborde le thème de la constitution du répertoire de correspondants.

1.4. Place du médecin généraliste

Selon la définition de la WONCA, le médecin généraliste est, entre autres, le « premier contact avec le système de soins, il assure la coordination, le travail avec les autres professionnels de santé, et la gestion du recours aux autres spécialités ; il a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, il prend en compte le patient dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires , il répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle». Il tient un véritable rôle de coordonnateur. Il est au plus proche du patient⁽⁵⁾.

En France, le parcours de soins coordonnés a été mis en place en Août 2004 par la loi réformant l'Assurance Maladie. Le système de soins a voulu mettre le médecin généraliste au cœur de la prise en charge du patient et lui donner un rôle central, première étape avant d' « accéder » à certains spécialistes et faisant rentrer le patient dans ce parcours de soins.⁽⁷⁾

40 % des généralistes considèrent que depuis l'instauration du dispositif du médecin traitant, leur place dans le parcours de soins s'est affirmée grâce à une meilleure définition du partage des rôles avec leurs confrères spécialistes.⁽⁶⁾

Parallèlement, un certain nombre de généralistes déclarent adhérer à des formes de coopération plus institutionnelles, les « réseaux de santé » (diabète, cancer, périnatalité,

personnes âgées...). Ils sont environ 40 % dans ce cas en Bourgogne, Basse-Normandie et Bretagne et 30 % en Pays de la Loire et en Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Mais il y a quelques inconvénients.

Le médecin généraliste est un véritable « chef d'orchestre » et « pivot » de la prise en charge, il lui est nécessaire de bien connaître ses « musiciens » et réciproquement ce qui implique qu'au sein même du réseau de prise en charge, les intervenants sachent encore ce qu'est un médecin généraliste et aient conscience de ses fonctions qui ne sont pas seulement administratives.

En effet, un des freins à cette pluridisciplinarité reste encore le sentiment par les médecins d'être considérés comme des « gratte papiers », seulement utile à rédiger des courriers pour adresser, dépendants des décisions d'autres médecins ⁽⁸⁾.

70 % des généralistes partagent l'idée que *certaines consultations ont uniquement pour objet la délivrance d'une ordonnance d'accès au spécialiste, permettant au patient d'être mieux remboursé* selon Etude et Résultats 2008. ⁽⁶⁾

L'étude relève également qu'il existe moins de contacts avec certaines catégories de spécialistes : médecine de PMI (<5%), sage-femme ou diététicien, orthophoniste (5-15%), psychologue (<15%) et assistante sociale (10-15%). Fait intéressant, le médecin scolaire ne figure pas dans les catégories énoncées.

(Le chiffre entre parenthèse correspond à la proportion de médecins généralistes déclarant, au cours des quinze derniers jours, avoir eu des échanges par téléphone ou par mail à propos d'un de leurs patients avec l'intervenant en question.)

Il est également rapporté que la communication avec le secteur psychiatrique est difficile : depuis 50 ans, la psychiatrie publique est organisée en secteurs, il existe 817 secteurs de psychiatrie générale et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en France. Parmi les généralistes du panel, plus de 90 % déclarent *avoir des patients qui y sont suivis*, mais seulement 40 % disent *pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin* et 22 % *être régulièrement informés de la situation de leurs patients qui y sont suivis*.

Questions : pourquoi aussi peu de communication avec certaines catégories? Pourquoi le médecin scolaire ne figure pas ?

L'activité du médecin généraliste ne se cantonne pas exclusivement aux consultations en cabinet : 30 % des médecins déclarent des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure telle qu'un établissement de santé (14 %), une maison de retraite en tant que médecin coordonnateur (8 %), une crèche (4 %)⁽⁹⁾. Ce dernier résultat nous intéresse plus particulièrement : une certaine proportion non négligeable de généralistes travaillent dans des structures de la petite enfance et les enfants vus en crèche sont des enfants retrouvés en maternelle souvent dans la même localité et pourtant les liens avec la médecine scolaire ne figurent pas dans les résultats.

1.5. Les moyens de communication entre médecins

La communication entre médecins peut se faire de différentes façons : orale ou écrite.⁽¹⁰⁾

La communication orale est plutôt « immédiate » : elle peut s'effectuer au sein d'un même lieu de travail, même service ou cabinet de groupe par exemple, lors de concertation pluridisciplinaires ou de réunion d'équipe. Elle peut se faire également par téléphone ou par mail ce qui a pour objectif d'*accélérer le rendez-vous* pour 25 % des généralistes et de *discuter de la prise en charge* du patient, pour 20 % environ.⁽⁶⁾

La communication écrite est, elle, souvent « retardée ». Elle se fait au moyen d'une lettre manuscrite ou imprimée remise directement au patient (ou à ses parents), ou envoyée par courrier ou par mail.

On peut imaginer que le dossier médical personnalisé via la carte vitale pourra apporter un mode de communication supplémentaire. La communication écrite du médecin généraliste à son confrère est utilisée dans 95% des cas.⁽⁶⁾

Ces deux modes de communication impliquent que les différents intervenants soient connus et « reconnus » et que leurs coordonnées soient disponibles et accessibles facilement. Dans 70 % des cas, les généralistes disent avoir tenu compte *de la réputation de ces spécialistes*.

La qualité du retour d'information est aussi importante. Après un premier contact avec un spécialiste, « plus de 80 % des généralistes disent avoir pris en compte *l'habitude de travailler avec ces confrères et la certitude qu'ils les tiendront informés.* »

C'est une vraie relation interprofessionnelle et elle est de qualité lorsque tous les intervenants ainsi que le patient en tire chacun des bénéfices tant sur le plan organisationnel que sur le plan médical pur.

1.6. Les moyens de communication de patients à médecin

Chaque patient détient la possibilité de transmettre à son médecin les informations relatives à son état de santé soit oralement par simple mémoire soit par écrit par des courriers de spécialistes, comptes rendus de consultation, d'hospitalisation, résultats d'examens complémentaires.

Pour les enfants, selon la loi du 4 mars 2002, ⁽¹¹⁾ l'autorité parentale est titulaire du droit à l'information (art. L1111-2 et L 1111-3 du code de santé publique) et du droit d'accès au dossier médical (art. L 1111-7).

Ainsi, les mêmes outils que pour l'adulte sont utilisés mais la communication se fait principalement par l'intermédiaire des parents, largement soutenue par le carnet de santé. Le cas est particulier puisque ce carnet nominatif est la propriété de son titulaire soit, pour un mineur, la propriété de ses parents, titulaires de l'autorité parentale.

C'est un « outil de travail irremplaçable pour le médecin qui souhaite exercer correctement le suivi médical d'un enfant dans un esprit de « médecine globale » et dans le souci de partager les informations médicales avec les autres praticiens travaillant en médecine libérale, en PMI ou dans les structures hospitalières » (urgences, médecine scolaire, cadre de pathologies chroniques...). ⁽¹²⁾

Il est indispensable au bon déroulement du suivi de l'enfant concernant à la fois le suivi de la croissance et celui du développement psychomoteur ainsi que des vaccinations. Son contenu doit être le plus exhaustif possible mais à ce titre il pose le problème de la confidentialité.

Le Code de la santé publique stipule dans son article L 2132-1 que *« nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée de par sa profession à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est astreinte au secret professionnel »* ⁽¹³⁾.

Cependant, les informations qu'il contient peuvent être lues par de multiples intervenants qui ne relèvent pas tous du cadre médical soit de manière fortuite (nounou,

famille, aide maternelle) soit par demande injustifiée (travailleurs sociaux, organismes publics par exemple). Par conséquent, il existe des « omissions » de données médicales pour maintenir la confidentialité. Par exemple, des mesures particulières doivent être prises légalement dans certaines affections comme l'infection à VIH, compte tenu du risque de discrimination et de rejet que courent encore ces enfants (changement de comportement et attitudes de leur entourage proche ainsi que du personnel médical).⁽¹²⁾ Ce type d'omission concerne 41,3% des médecins.

Par ailleurs ces omissions concernent d'autres domaines : 31,7% des médecins omettent des troubles psychologiques, 18,4% des maladies sexuellement transmissibles au fœtus, 15,7% des convulsions et épilepsie, 15,3% des retards de développement, 11,6% des items dit « négatifs », 10,9% des maladies génétiques ; elles sont destinées initialement à « ne pas nuire à l'enfant ». Des situations d'éviction d'accès à de grandes écoles, pour des élèves brillants qui avaient eu le tort de révéler une maladie maligne dans l'enfance existaient encore il y a quelques années. ⁽¹³⁾

Cependant, « il est anormal que pour certains enfants posant des problèmes de retards graves du développement, il n'y ait aucun renseignement sur leur carnet de santé concernant par exemple l'âge d'acquisition de la station assise ou de la marche. Leur a-t-on vraiment rendu service avec ces omissions? »

Elles peuvent être responsables d'erreurs médicales comme des interactions médicamenteuses, des risques de vaccinations contre indiquées et des problèmes de pharmacovigilance.

Tout ce qui est consigné doit être fait avec l'accord des parents qui peuvent ne pas le présenter s'ils le souhaitent.

Il semble être primordial d'en discuter avec eux, quitte à constituer un dossier médical plus complet, dans la base de données du médecin et/ou un document à part à leur remettre, et/ou un outil de suivi spécifique dans le cadre des maladies chroniques.

Tout cela signifie donc que le partage de l'information n'est pas évident en tous points et qu'à défaut de support, il nécessite réellement d'une association entre les divers intervenants de santé d'un enfant dans le cadre de pathologies chroniques pour optimiser sa prise en charge.

1.7. Communication entre médecin scolaire (médecin de l'éducation nationale) et médecin généraliste

La Circulaire du 12 Janvier 2001 énonce clairement l'importance du partenariat entre le médecin de l'Education Nationale et tous les professionnels de santé incluant nécessairement le médecin généraliste, dans une logique de complémentarité dans l'intérêt des jeunes pris en charge. ⁽³⁰⁾

Dans la note D'IENA parue en Novembre 2003, Guy Robert évoque déjà « une absence globale de synergie entre les nombreux acteurs de la prévention » : malgré l'existence d'un carnet de santé, le lien entre médecine scolaire, service de PMI et médecine de ville reste insuffisant. ⁽¹⁴⁾

Dans son mémoire, Chantal Chaumont met en évidence des hypothèses au manque de relations professionnelles entre médecin de l'Education Nationale (MEN) et médecins généralistes (MG). ⁽¹⁵⁾

D'une part, *la méconnaissance réciproque* : méconnaissances des personnes, de leur lieu d'exercice, des fonctions et missions, les fausses représentations des métiers, la formation médicale défaillante ; d'autre part, *les difficultés d'organisation* : moyens de communication, charge de travail de chacun et manque de temps, temporalité du travail ; et enfin les *difficultés confraternelles et relationnelles* : peu de rencontres professionnelles, problème du secret médical. Le *Turn Over* des MEN et le faible effectif sur certains secteurs sont aussi incriminés. Dans son étude portant sur le partenariat entre les deux catégories de médecins dans l'Aisne, 20,6% des médecins généralistes ont déjà contacté un médecin de l'EN versus 79,4% à l'inverse.

55,9% des MG déclarent n'avoir jamais eu d'entretiens téléphoniques avec un MEN, 64,3% des MEN déclarent avoir ce contact au moins une fois par mois. Seulement 2,9% des MG déclarent avoir des entrevues moins d'une fois par an avec un MEN versus 14,3%.

Concernant les avis écrits du MEN faisant suite à la visite médicale, même s'il est considéré comme « bienvenu » par le MG, il semblerait inadapté au format de courrier médical et rarement présenté par la famille au MG.

Il est ressorti également que les MG travaillent plutôt en partenariat avec les spécialistes qu'avec les médecins scolaires dans les situations de handicap (94,1% versus 11,8%). Le MEN travaille dans les mêmes proportions avec les spécialistes mais 42,9% disent travailler avec le MG. Les raisons évoquées par les médecins ont été relevées : le MEN craint d'être considéré comme un « contrôleur » par le MG, il met aussi en avant le fait que les enfants sont souvent suivis par un spécialiste plutôt que par le MG ; du côté du MG, les missions du MEN sont mal connues, il est souvent perçu comme « incompetent » à résoudre certains problèmes, il « paraît indisponible » du fait de l'absence de « points de contact ».

Le secret médical n'a pas été relevé comme objet d'obstacle aux relations professionnelles (92,9% versus 70,6%).

Mais en définitive, les deux catégories de médecins se sont montrées fortement favorables au développement des relations entre MEN et MG, et pensent que ces relations pourraient améliorer le suivi médical des enfants. Les MEN sont généralement bien accueillis.

Cette étude, bien que n'ayant pas de signification statistique a permis de mettre en évidence des points importants concernant le partenariat MG/MEN et d'y voir des avantages non négligeables comme « aide diagnostique, le suivi médical, la prise en charge commune dans et à l'extérieur des établissements scolaires, partage et enrichissement réciproque. »

Le mémoire d'Anne Bailly ⁽¹⁶⁾ vient compléter et appuyer les hypothèses de Chantal Chaumont ; elle met également en évidence un manque de communication entre MG et MEN mais cette fois ci dans le département de la Drome. Seulement 20% des médecins libéraux connaissent le nom du MEN et 95% n'ont pas de contacts. Elle insiste notamment sur le fait que c'est au MEN de bâtir le premier lien avec le MG et de se présenter à lui puisque fort est de constater dans son étude que 65% des MG ne savent pas où contacter le MEN, 40% ne connaissent pas son champ d'intervention et 60% n'ont pas eu l'occasion de le rencontrer.

Il semble également que le PAI ne soit pas bien connu (57%).

Il ressort de ces mémoires des propositions de moyens à mettre en œuvre pour rapprocher les deux médecins :

- ✓ Les coordonnées doivent être connues par chacun soit en organisant des rencontres soit par une plaquette d'information ;
- ✓ Une meilleure connaissance des fonctions de chacun par une formation continue, des EPU (Enseignements Post Universitaires) ;
- ✓ Améliorer le relationnel par des actions conjointes. ⁽¹⁶⁾

Malgré le fait que ce ne sont pas des études significatives, elles ont permis de mettre en évidence certains problèmes et à juste titre, dans certains départements sur le thème. Cependant, à ma connaissance, il n'existe pas de thèse de médecine générale sur le sujet. Il n'existe pas non plus, précisément dans le Val d'Oise, de plaquette d'information permettant de réunir toutes ces coordonnées sauf dans des guides locaux, au niveau communal, à destination de tous les citoyens, distribués régulièrement, souvent en début de chaque année scolaire, mais où figurent également les coordonnées des commerçants de la ville et autres, plutôt présenté comme un annuaire...Il n'y a pas de recensement global à l'échelle départementale disponible facilement pour les médecins et les patients. Cependant, il est clair que les délégations territoriales des ARS disposent de la cartographie des couvertures en moyens humains médicaux et paramédicaux par département ; des informations sont également disponibles sur le site de la CPAM www.ameli.fr.

Ainsi, à l'heure actuelle dans le Val d'Oise, le réseau reste la meilleure façon d'adresser des jeunes patients et de mettre en place une réelle prise en charge : les coordonnées ne suffisent pas, le réseau c'est de connaître et d'avoir confiance dans les professionnels de plus ou moins grande proximité...mais encore faut-il les connaître...

Dans sa thèse, Laurène Riou a évalué la qualité des protocoles d'urgence rédigés par les médecins traitants dans le cadre des PAI organisant l'accueil des enfants asthmatiques à l'école. ⁽⁴⁰⁾

Elle a montré, à travers la réalisation de deux scores, que la qualité des protocoles d'urgence était très faible, notamment concernant la précision des signes de gravité et des critères motivant l'appel du SAMU et a ainsi souligné la nécessité de la formation des professionnels de santé en soins primaires et des personnels de l'Education Nationale (basé sur des recommandations officielles sur la prise en charge de la crise d'asthme de l'enfant). Un protocole d'urgence préétabli conforme aux recommandations actuelles a été proposé à titre expérimental au pôle de santé de Gennevilliers-Villeneuve la Garenne.

Il s'accompagne également d'un courrier qui, avec les autres documents, sera remis par les parents au médecin traitant (MT). Il provient du MEN qui informe le MT de ce qu'est un PAI, de son rôle notamment dans l'intérêt de communiquer les ordonnances et le protocole, et lui rappelle que cette prise en charge peut être faite par un personnel non médical au sein de l'école, sous-entendu que les termes employés doivent être simples. Cette étude est très intéressante, et a pour but de sensibiliser les différents professionnels de santé à l'intérêt d'un travail commun autour de l'enfant atteint de maladie chronique et de faire en sorte que l'enfant soit suivi conjointement par son médecin scolaire et son médecin généraliste notamment autour de la rédaction d'un PAI.

Enfin, dans leur thèse, Fabien Loiseau et Eric Babary avait déjà montré la nécessité d'améliorer la communication et l'information entre milieu médical et scolaire, et la formation des professionnels concernés. ⁽⁴³⁾

2. LA MEDECINE SCOLAIRE EN FRANCE

2.1. Histoire de la médecine scolaire ^{(17) (18) (20) (27) (41)}

Cf. ANNEXE 1

La médecine scolaire a été évoquée en 1793, par Lakanal, homme politique membre de la Convention Nationale, qui annonça devant elle que « des officiers de santé visiteront les élèves des écoles nationales et leur indiqueront les règles les plus propres à fortifier leur santé ». Ce après quoi, une convention signa l'ouverture de 24000 écoles primaires en France. ⁽⁴¹⁾

Par la Loi du 30/10/1886, sous tutelle des collectivités locales, l'Inspection Médicale des Ecoles est créée, complété par décret par la création du **Service de Santé Scolaire** dans les grandes villes.

Après-guerre, un des objectifs étant de protéger une population exposée comme les enfants fragilisés par les carences alimentaires et les victimes de maladies contagieuses (en premier lieu la tuberculose), des réformes apparaissent. L'Ordonnance du 18/10/1945 étend ce service à tous les établissements publics et privés d'enseignement et d'éducation, qui devient « Service National hygiène scolaire et universitaire », sous tutelle désormais du Ministère de l'Education Nationale; ce service est installé dans des

Centre Médico-Scolaires appelés CMS; par ailleurs, le service de PMI (Protection Maternelle et Infantile) voit le jour. En ces temps, le caractère sanitaire est alors très marqué.

20 ans plus tard, par décret du 30/07/1964, la responsabilité du Service de Santé Scolaire est transférée au Ministère de La Santé.

Mais c'est la publication de l'Instruction Générale sur le fonctionnement du service de santé scolaire en juin 1969 qui marque un tournant, apportant un vent de modernité sur la santé scolaire en France en définissant une véritable organisation : un équipe de secteur comprenant médecin scolaire, infirmière, assistante sociale, secrétaire mais aussi la notion d'un secteur médico-social, puis des missions diverses comprenant notamment des bilans de santé prévus à des moments précis de la scolarité (3-4 ans par la PMI, 5-6 ans par la « santé scolaire »), l'implication dans la liaison avec les parents, les enseignants, la PMI, les médecins libéraux, la surveillance de l'hygiène du milieu, l'éducation à la santé, des permanences médicales et sociales, la participation aux différents conseils (de classe, d'administration, d'orientation et de discipline, etc.). Un « service unifié de l'enfance et de l'adolescence » est organisé pour assurer la continuité entre les actions de la protection maternelle et infantile et celles du service de santé scolaire. Faute de moyens suffisants, on sait que ce texte ne sera jamais complètement appliqué ; la décennie 1970-1980 marque alors la crise de la santé scolaire contrastant avec le dynamisme de la PMI.

En 1984, par décret du 21 Décembre la responsabilité du Service de la Santé Scolaire « revient » à l'Education Nationale mais l'application s'étalera sur 6 ans avec des mesures transitoires complexes concernant la gestion des personnels, les médecins et secrétaires restant encore rattachés pour leur gestion au Ministère de la Santé ; les équipes ont du mal à travailler ensemble et le service social prend de plus en plus d'autonomie ; le service de santé scolaire a encore du mal à s'épanouir compte tenu du manque de recrutement.

En 1989, la publication de la loi d'Orientation sur l'Education réaffirme les principes et l'organisation du service public de l'éducation : le rapport annexé à la loi affirme plusieurs objectifs dont la favorisation des actions médico-sociales, l'éducation à la santé et l'« intégration scolaire et sociale des enfants et adolescents handicapés ».

L'année 1991 est le pivot de l'évolution : grâce à la circulaire du 24 Juin, tous les personnels rejoignent le **Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves** ; ils

sont désormais rattachés à l'Education Nationale, médecins et secrétaires compris, par le Décret du 10 Octobre 1991.

Ainsi, par 1989 et 1991, le rattachement à l'Education Nationale a permis de fonder des bases réglementaires solides à la pérennité du service de santé scolaire, jusque-là écartelé, celui-ci s'intégrant véritablement au fonctionnement scolaire: la santé, la prévention est ainsi prise en compte dans la vie quotidienne des établissements.

L'arrêté du 18 Août 1997 permet la généralisation de la transmission du bilan médical effectué par la PMI. Cette transmission PMI-MEN s'effectue par un dossier de liaison ou fiche de liaison suite au bilan de santé réalisé lors de la 3-4^e année en PMI, il est alors remis au MEN, favorisant le suivi de l'enfant lors de son entrée en maternelle et complétant le bilan de la 5-6^e année en donnant notamment des alertes pour les enfants en difficultés ou à suivre de plus près.

En 2001 la notion de service disparaît, remplacée par la notion de « missions », on parle alors de « **Mission de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves** », détaillées dans la circulaire du 12 Janvier, tant pour les médecins que pour les infirmières. A cela s'ajoute la circulaire du 21 Février relative à l'intégration scolaire des enfants handicapés.

La Loi du 11 Février 2005 apporte des changements notables dans l'organisation de la scolarité de l'enfant handicapé : la distinction adaptation et intégration s'efface, on parle désormais d'accompagnement. Tous les enfants sont scolarisés : ils ont tous une école de référence, même s'ils n'y sont pas ou seulement à temps partiel. On ne parle plus d'intégration scolaire mais bien de scolarisation. Il ne s'agit plus d'éducation spéciale mais d'accompagnement de la scolarisation. Les enseignants n'ont plus à accueillir des enfants handicapés mais à enseigner à des élèves handicapés. ⁽²⁰⁾

La loi du 5 mars 2007 sur la Protection de l'Enfance, précise le rôle des personnels de santé de l'éducation nationale et détermine le contenu des visites médicales (entre autres prévoit le dépistage des troubles spécifiques de langage et de l'apprentissage).⁽³¹⁾

Tout au long de son histoire, le service a connu bien des modifications. Le caractère sanitaire était très marqué au départ, puis il s'est orienté vers la protection médico-sociale de l'enfance puis vers des missions liées à l'insertion des enfants dans le milieu scolaire pour aujourd'hui, au sens plus large, « aboutir à « veiller au bien-être des élèves,

à contribuer à leur réussite et à les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective ». Il fait véritablement partie de l'Ecole et de son fonctionnement. La prise en charge des enfants handicapés et présentant des troubles spécifiques des apprentissages fait partie intégrante de ses missions.

2.2. Le médecin de l'Education Nationale (MEN)

2.2.1. Qui est-il ?

Le recrutement des Médecin de l'Education Nationale se fait par voie de concours interne ou externe (actuellement une épreuve orale). Le MEN est titularisé à l'issue d'une année de stage où il alterne formation théorique à l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes Supérieures de Santé Publique) et formation pratique dans son département d'affectation avec tutorat.

La formation initiale des infirmières et assistantes sociales dépend d'initiatives académiques, alors que les médecins bénéficient d'une formation initiale statutaire, dont le programme vise à développer des compétences spécifiques du MEN en réponse à l'objectif énoncé par le ministère.⁽²⁸⁾

Elle se compose :

- d'un enseignement classique théorique, modulaire, à l'EHESP réparti sur 8 à 16 semaines en fonction de la formation initiale de chaque médecin ⁽²⁹⁾
- d'un travail écrit de recherche qui comporte 2 volets : l'élaboration d'une étude professionnelle ou « mémoire » et un exercice de communication orale « en situation ».

Il est nommé Médecin de l'Education Nationale à l'issue de cette épreuve orale sur concours.

C'est une formation complémentaire accessible aux médecins thésés. Ils sont généralement médecins généralistes ou médecins de santé publique de formation initiale.

Il travaille soit à temps plein soit à temps partiel.

Il existe des postes de contractuels, occupés généralement par des médecins généralistes, à temps partiel, qui ne nécessitent pas l'obtention du diplôme de MEN, mais

qui ne permettent que des interventions ponctuelles, ou pour être plus précise, moins complètes que si le poste était occupé à temps plein.

Il ne peut pas faire de prescription médicale dans le cadre de l'exercice de l'Education Nationale pour cause de concurrence déloyale aux médecins généralistes.

Le MEN travaille au sein d'une hiérarchie, il est fonctionnaire de la fonction publique d'état sous l'autorité du directeur académique des services départementaux et du recteur, il est salarié du Ministère de l'Education Nationale.

Il est rémunéré par le ministère de l'Education Nationale selon des échelons acquis en fonction de l'ancienneté

La politique de santé en faveur des élèves est portée par tous les niveaux de l'institution scolaire : national, académique, départemental, et local, et son bon fonctionnement dépend d'une interaction entre ces différents niveaux grâce à des référents. Chacun est représenté : respectivement ministre de l'Education Nationale, recteur académique, directeur académique, médecins et infirmier(e)s conseillers techniques, et enfin chef d'établissement en association avec le MEN, infirmière de l'Education Nationale et secrétaires.

Sous l'autorité du recteur, le médecin et l'infirmier(ère) conseillers techniques ont pour mission, chacun dans le champ de ses compétences techniques, de mettre en œuvre la politique de santé définie par le ministre et les orientations définies par le recteur dans le cadre du projet académique. La mise en synergie de leur action est une nécessité.

Un bilan régulier de la politique menée dans l'académie en matière de santé est régulièrement présenté devant les organismes paritaires : comité technique paritaire académique et comité hygiène et sécurité académique.

Actuellement, au niveau local, le MEN travaille en étroite collaboration avec sa secrétaire, qui gère par ailleurs plusieurs MEN.

Il est important de noter que les budgets alloués pour le fonctionnement du service, que ce soit dans les CMS ou dans les établissements, sont en partie assurés par la commune pour le premier degré d'enseignement, le Conseil Général et le Conseil Régional pour le second degré d'enseignement. Notons que l'enseignement du premier degré concerne les écoles maternelles et primaires (ou élémentaires), et l'enseignement du second degré concerne les écoles du Collège et du Lycée.

Le département est organisé en plusieurs « Bassins » dit « Bassins d'éducation » (surtout les gros départements). Un bassin est un regroupement de plusieurs communes limitrophes, du même département. Cela permet dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de santé d'organiser, entre autres, des réunions régulières, présidées par le médecin conseiller technique réunissant tous les MEN de ce même Bassin, dans le but d'harmoniser les pratiques et de créer et donner un espace d'échanges. Dans le département du Val d'Oise, il existe 6 Bassins : Sarcelles, Gonesse, Cergy, Pontoise, Enghien, Argenteuil. On parlera plus communément du Bassin « de » Sarcelles, Bassin « de » Gonesse, etc... Pour exemple, le bassin de Sarcelles regroupe 36 communes dont Sarcelles, Montmagny, Deuil La Barre. Cf. ANNEXE 2

Au sein du Bassin, un MEN travaille sur un secteur déterminé. Il a souvent en charge :

- tous les établissements au sein d'une même commune
- plusieurs communes à la fois

Habituellement, il a au minimum 2 communes en charge, et cela peut aller jusqu'à 8 ou 9 communes. Notons que le nombre d'écoles en charge est plus important en secteur rural qu'en secteur urbain.

2.2.2. Où travaille-t-il ?

Il s'établit la plupart du temps dans chacune des écoles où il travaille, se déplaçant tout au long de la journée en fonction de son emploi du temps à pied ou en voiture. Au mieux il a un cabinet au CMS. Les centres médico-scolaires sont organisés dans les communes de plus de 5 000 habitants et dans celles désignées par arrêté ministériel. Les dossiers médicaux des élèves y sont regroupés. Au CMS, il peut recevoir les enfants et leur famille de façon plus approfondie.

En effet, les salles préposées à l'examen médical dans les écoles ne sont pas toutes adaptées (parfois exigües, manque de matériel, pas de téléphone, poste informatique et accès internet parfois inexistant etc..). Ainsi le MEN préférera y convoquer les familles, on y trouve le matériel adapté à l'examen clinique notamment une table d'examen ainsi que les dossiers des élèves du premier degré, ceux des collèges et lycées étant rassemblés le plus souvent dans l'établissement de l'enfant. Les dossiers sont consultés et éventuellement complétés par l'Infirmière de l'Education Nationale qui les tient à jour. A noter que dans certains bassins existent des tensions entre les médecins et les

infirmières. Ainsi ces dernières, qui ne consultent pas le dossier médical pour diverses raisons, que je ne détaillerai pas ici, créent donc un dossier à part, un dossier infirmier. Les horaires sont également adaptés à la volonté et à l'emploi du temps de chaque médecin, l'école ayant des horaires fixes ce qui peut être contraignant pour y recevoir l'enfant et sa famille.

Il y travaille également avec la secrétaire de l'Education Nationale, qui assure toute la partie administrative (gestion des courriers, convocations, gestion de l'emploi du temps...).

Cependant, les moyens en personnels restent malheureusement insuffisants et les crédits de fonctionnement dépendant des budgets alloués par la commune, sont pauvres. Les CMS ne sont parfois pas retrouvés. ⁽¹⁸⁾

Par ailleurs, il participe à une formation continue, il peut être amené à participer à des conférences organisées sur des demi-journées voire une journée entière de façon régulière. Elles sont proposées souvent par les conseillers techniques.

Il n'est pas en fonction lors des vacances scolaires et des jours fériés. Il peut être amené à faire des astreintes 1 fois par semaine (plus tard le soir et aussi le week-end, notamment le samedi) en alternance avec ses confrères du même bassin.

2.2.3. Quels sont ses partenaires ?

Pour remplir ses missions, le MEN ne travaille pas seul mais en réseau, comme tout personnel médical. Un réseau qu'il se crée lui-même au gré de son expérience mais aussi en fonction des personnels disponibles permettant un partenariat nécessaire à la bonne prise en charge des enfants scolarisés.

On peut effectuer un classement en fonction de la fréquence des rapports :

Il s'agit des enseignants, directeur d'école, RASED, psychologue scolaire, Infirmière, de l'assistante sociale, chef d'établissement. Ce sont des partenaires dit « internes », présents dans le cadre de l'Ecole.

Les partenaires « externes » sont :

- Les collectivités territoriales comme la mairie,
- Le conseil général: la PMI, l'ASE, le service social départemental, la CRIP (Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes), les CLAT (Centre de Lutte Anti tuberculeuse), la MDPH, l'ARS DT (Délégation Territoriale de

l'Agence Régionale de Santé), les professionnels de santé comme ceux présents dans les services hospitaliers, les secteurs de psychiatrie, mais aussi les médecins généralistes... et toute personne ayant des responsabilités auprès des jeunes comme les juges des enfants, les associations de parents, les maires, etc...

- Les associations de prévention comme l'UFSBD, ou encore la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)...

Ce travail en réseau est devenu une nécessité qu'il est nécessaire de développer dans une logique de complémentarité et non de concurrence entre les professionnels de santé, les divers secteurs de santé et les secteurs ayant des responsabilités auprès des jeunes. ⁽³⁰⁾

2.2.4. Quelles sont ses missions ?

L'Ecole est le seul endroit qui permette d'évaluer l'état de santé des élèves pendant leur scolarité.

Le médecin, en sa qualité de référent en matière de santé, a un rôle spécifique de conseiller technique en prévention individuelle et collective, auprès des inspecteurs de l'Education Nationale, des directeurs d'école, des chefs d'établissement et de la communauté éducative de son secteur d'intervention, des jeunes scolarisés et de leurs parents. Il suit l'élève tout au long de sa scolarité, collabore avec les divers partenaires institutionnels et environnementaux. Il assure le diagnostic de troubles présentés par les élèves, il oriente vers le médecin traitant ou le service de soins de proximité et en assure le suivi, il accompagne son adaptation en milieu scolaire et aide les enseignants à comprendre ses difficultés.

Il est tenu au secret médical.

Les missions du MEN si elles sont nombreuses et variées, s'inscrivent dans la politique de promotion de la santé en France. Elles sont clairement énoncées par la circulaire du 12 Janvier 2001 ⁽³⁰⁾ :

1- Organiser la détection précoce des difficultés lors de visites médicales, obligatoires entre 5 et 6 ans, en fin de primaire en ZEP et en classe de 3^e au collège

- Visite des 5-6 ans

Elle vient compléter le bilan de santé de 3-4^{ème} année fait en PMI, transmis par la fiche de liaison au médecin de l'Education Nationale. Il permet le repérage précoce des difficultés de l'enfant, présageant des difficultés d'apprentissage

ultérieures et d'engager un suivi rapproché avant son entrée en classe de CP.

Ce bilan d'entrée en maternelle (5-6 ans) est une des étapes primordiales au dépistage : il s'articule entre l'entretien avec les parents (déroulement de la grossesse, antécédents médicaux, chirurgicaux depuis la naissance, mode de vie (alimentation, sommeil, activités extrascolaires ...), étude du carnet de santé (vaccins, hospitalisations...), examen clinique : biométrique (poids, taille), examen sensoriel (vision et audition testées), examen physique général, étude du développement psychomoteur: l'autonomie, la socialisation, l'évaluation de la motricité globale et fine, de la coordination, l'orientation temporo-spatiale, le graphisme, la latéralisation, le langage oral (compréhension, expression), la mémoire ..., étude du comportement pendant la visite, repérage de signes de souffrance psychologique, recherche de troubles spécifiques des apprentissages, et recherche de trouble du langage oral essentiellement.

Ce bilan peut être soutenu par une évaluation plus approfondie grâce à des tests complémentaires, conçus sur la base d'une démarche neuropsychologique notamment le BSEDS 5-6, que l'on peut retrouver en ANNEXE 3 ou la BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives).

- Visite en fin de primaire en ZEP (Zone d'Education Prioritaire)
 - Visite en classe de 3e au collège: pour diagnostiquer les psychopathologies et donner des conseils en amont de la procédure d'orientation
- 2- Développer une dynamique d'éducation à la santé et mettre en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie
 - 3- Suivre les élèves signalés par les membres de l'équipe éducative, les infirmières, les assistant(e)s de service social, les parents ou les élèves eux-mêmes, des établissements de certaines zones (rurales, d'éducation prioritaire, établissements sensibles et établissements du plan de prévention de la violence)
 - 4- Suivre les élèves des établissements d'enseignement technique et professionnel
 - 5- Mettre en place des dispositifs adaptés en cas d'événement grave en assurant un soutien et une assistance immédiate aux victimes ou témoins d'évènements traumatisants survenus chez un élève ou groupe d'élèves (suicide, accident, incendie...) grâce à des cellules d'écoute ; agir en cas de maladies transmissibles survenant en milieu scolaire (TIAC, méningite, tuberculose...)

- 6- Intervenir en urgence auprès d'enfants ou d'adolescents en danger, victimes de maltraitance ou de violences sexuelles
- 7- Contribuer à l'intégration scolaire des enfants et adolescents atteints de handicap
- 8- Aider à la scolarisation des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
- 9- Actions de recherche
- 10- Actions de formation

Plusieurs cadres régissent leur activité :

- le cadre juridique : les règles de leur professions sont définies par décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991, le code de la santé publique articles L 2132-7 ; L 2325-1 et 2325-2 ; L 4127 1 et L 4314-3, le code de déontologie médicale articles 1 à 13, 72 – 73 et dans le cas de l'enfance en danger au code pénal articles 223-3 à 223-7, 226-13 à 28, et 434-1, 434-3, et au code de procédure pénale, article 40.
- le cadre institutionnel : ils sont membre de la communauté éducative, ils participent donc à divers comités et commissions.
- le cadre partenarial évoqué plus haut

Il est important de noter que depuis 2007, ils sont soumis plus spécifiquement aux missions de protection de l'enfance, énoncées dans le texte de loi de mars 2007. ⁽³¹⁾

« La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. »

Ils participent également à la mise en place de l'aménagement aux examens pour les élèves présentant des difficultés telles que dyslexie, troubles de la vision, handicaps moteurs sensoriels, psychique ou liés à des troubles spécifiques des apprentissages.

D'autre part, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées apporte certaines modifications à l'exercice du MEN.

Ces deux dernières lois, par les changements qu'elles ont apportés, ont, par certains points, rendu la circulaire de 2001 obsolètes.

2.3. Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique

La scolarisation des élèves handicapés constitue une priorité nationale.

Dans ce domaine, des progrès considérables ont été accomplis depuis plusieurs années et notamment depuis la publication et la mise en œuvre des textes d'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. ⁽³²⁾

2.3.1. En général

« L'enfant handicapé » est donc l'enfant qui n'a pas les activités ni la participation normales pour son groupe d'âge, dans la société dans laquelle il vit. ⁽³³⁾

Les situations de handicap peuvent être transitoires ou durables, stables ou évolutives. Par exemple, la fracture occasionne le port d'un plâtre pendant une période déterminée et définie contrairement à une maladie osseuse ou dégénérative.

Selon le COFEMER, il existe une classification particulière dont les items sont les conséquences de la maladie à différents niveaux pour le malade ⁽³³⁾:

- la maladie
- la déficience qui en découle et concerne une fonction particulière (motricité, activité cardiaque...)
- les incapacités concernant les activités au niveau individuel (communication, apprentissage...)
- le handicap qui concerne la participation à un acte particulier en société (perte d'autonomie, mobilité réduite...)

Un exemple de classification est donné en ANNEXE 4.

Il insiste également sur la nécessité de dépistage précoce qui doit être réalisé en fonction du contexte par les différents intervenants de la vie d'un enfant qui jouent alors « un rôle essentiel »: l'obstétricien, le pédiatre, le médecin généraliste, le médecin de PMI ou de santé scolaire. Ce dépistage peut donc être réalisé aux différents âges de la vie : naissance ou premiers jours de vie et/ou aux différents stades de développement de l'enfant. Un document intitulé « 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 » est d'ailleurs paru en Septembre 2005 pour aiguiller ce dépistage.⁽⁴⁴⁾

L'origine du handicap de l'enfant est difficile à établir, d'autant plus que les déficiences et les limitations d'activités peuvent interférer entre elles et se potentialiser.

Il peut s'agir de :

- Déficiences psycho-intellectuelles, comportementales et/ou cognitives
- Déficiences motrices
- Déficiences sensorielles
- Déficiences viscérales
- Déficiences de présentation

Les causes de ces déficiences sont nombreuses et souvent multiples pour une même déficience :

1 / Déficiences psycho-intellectuelles, comportementales, cognitives

- anomalie génétique : trisomie 21, syndrome de l' X fragile...
- autisme, schizophrénie, syndrome de Silverman pour les troubles du comportement
- dysphasie, dyslexie, dyscalculie, troubles spécifiques cognitifs qui lorsqu'ils sont sévères peuvent être à l'origine de handicap. Ces troubles sont appelés actuellement les troubles cognitifs neuro développementaux.

2 / Déficiences motrices

- ***d'origine génétique ou développementale*** : maladies ostéoarticulaires (fragilité osseuse congénitale, ostéochondrodysplasies...); maladies neuromusculaires (myopathies et neuropathies); maladies neurodégénératives ou métaboliques

(leucodystrophies, phénylcétonurie, autres); complications articulaires des hémophilies ; spina bifida, agénésie de membre...

- **d'origine acquises** : causes traumatiques ; centrales (traumatismes crâniens, paraplégies, tétraplégies...); périphériques (paralysie obstétricale du plexus brachial, fractures de membres, amputation...); infirmité motrice cérébrale ; causes infectieuses (poliomyélite, myélite); tumeurs (cérébrales, osseuses, autres) ; complications articulaires des affections rhumatismales ; brûlures ; etc.

3 / Déficiences sensorielles

Elles peuvent être acquises, d'origine traumatique ou infectieuse (rubéole, toxoplasmose) mais sont bien souvent liées à une affection héréditaire.

- causes de déficiences visuelles : cataracte congénitale, glaucome, dégénérescences rétiniennes, rétinoblastome, etc. ;
- causes de déficiences auditives : embryofœtopathie rubéolique, séquelles de méningite, traumatismes, surdités familiales, surdités des otites séreuses traînantes, etc.

Quand ces pathologies sont diagnostiquées tôt, cela permet à l'enfant de trouver les aménagements nécessaires au bon déroulement de sa scolarité, et d'éviter des erreurs dans la prise en charge car souvent, elles peuvent faire croire à tort à une déficience intellectuelle.

4 / Déficiences viscérales

Elles sont à l'origine de maladies chroniques:

- maladies endocriniennes : diabète, hypothyroïdie, obésité, insuffisance surrénale... ;
- maladies respiratoires : mucoviscidose, asthme grave, dilatation des bronches... ;
- néphropathies chroniques ;
- troubles sphinctériens : énurésie, encoprésie ;
- maladies dermatologiques (eczéma grave, épidermolyses bulleuses, autres) ;
- cancers ;
- épilepsie ;

5 / Déficiences de présentation

Autrement dit, ce sont les « malformations », secondaires ou non à des pathologies : fente labiopalatine (bec-de-lièvre), une petite taille, une obésité maligne, un angiome étendu, une dysmorphie importante du visage ou du crâne (plagiocéphalie) ou des séquelles de brûlures etc...

Si les causes de déficiences sont nombreuses, plusieurs déficiences peuvent apparaître dans une pathologie précise impliquant une prise en charge particulière et l'adaptation qui en découle.

Cette liste n'est qu'un aperçu de toutes les pathologies que l'on peut rencontrer au sein du handicap. Il y en a bien entendu beaucoup plus mais c'est à mon sens les plus fréquentes et surtout les plus connues. En effet, rappelons que des troubles présentés par certains enfants n'ont pas trouvé de diagnostics précis, une situation malheureusement habituelle. Non pas que le diagnostic changerait la prise en charge, mais qu'il est parfois très difficile à poser en l'état actuelle des connaissances.

Une connaissance des différentes étapes du développement de l'enfant peut aider au diagnostic et à la prise en charge précoces de ces déficiences. Cf. ANNEXE 5

2.3.2. En milieu scolaire ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾ ⁽⁴⁰⁾

La Loi du 11 février 2005 a permis de revoir la conception du handicap qui était jusque-là pensé comme une dimension personnelle découlant d'une déficience ou d'un accident de la vie et qui se définit depuis comme la situation singulière d'une personne handicapée vue dans son contexte environnemental et social.

Ainsi, elle apporte des changements notables dans l'organisation de la scolarité de l'enfant handicapé et/ou atteint de maladie chronique : la distinction adaptation et intégration s'efface, on parle désormais d'**accompagnement**.

Tous les enfants ont accès à la scolarité : ils ont tous une école de référence, même s'ils n'y sont pas ou seulement à temps partiels. Être inscrit à l'école implique une obligation d'évaluation et la mise en place d'un **projet personnalisé de scolarisation (PPS)**. Ce projet définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

L'évaluation en situation scolaire est réalisée par une (des) **équipe(s) de suivi de scolarisation (ESS)** composée de toutes les personnes qui concourent directement à la mise en œuvre du PPS (parents, enseignants, MEN, psychologue scolaire, assistante sociale...) au sein de laquelle le médecin scolaire tient une place prépondérante. Elle se réunit régulièrement au sein même de l'école.

L'enseignant dit « référent » anime les réunions d'ESS d'un secteur précis, c'est lui qui en fait la synthèse et fait le lien avec la **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** pour mener à terme le PPS, lui transmettre le dossier et lui apporter des modifications si nécessaire.

Les jeunes peuvent bénéficier de différentes aides dont une aide humaine au sein de la classe par une **Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS)**, l'assistant tout au long de la journée à l'école. Son temps de présence hebdomadaire est fixé par la MDPH. L'enfant peut bénéficier également de l'accès à des classes spécialisées, ouvertes au sein d'un établissement ordinaire, de capacité réduite accueillant des enfants présentant différents troubles, et compatibles avec des soins conduits en externe. Dans le premier degré, il s'agit de **CLIS (Classe d'Intégration Scolaire)**, **d'ULIS (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire)** dans un collège, un lycée général et technologique, ou un lycée professionnel. Ces classes permettent à l'enfant d'effectuer des apprentissages scolaires à un rythme proche de celui des autres élèves quand le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire.

Au cours de sa formation, l'élève handicapé pourra être amené à fréquenter un établissement médico-social : **instituts médico-éducatifs (IME)** qui accueillent les enfants et les adolescents atteints de troubles des fonctions cognitives, instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (**ITEP**) qui accueillent les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement, **les établissements pour polyhandicapés** qui s'adressent aux enfants et adolescents présentant des handicaps complexes, à la fois mentaux et sensoriels et/ou moteurs, **les instituts d'éducation sensorielle** pour les handicaps auditifs et visuels.

Pour les situations de maladie chronique invalidante, sont organisés des enseignements à l'hôpital, au domicile grâce à l'APAD (Service d'Assistance Pédagogique à Domicile) ou à distance grâce au CNED. Ce qui n'empêchera pas le jeune de fréquenter, même à temps partiel, son établissement d'origine.

Au niveau financier, une AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé), voire des compléments d'allocation pourront être alloués, une carte d'invalidité délivrée.

Pour les enfants atteints de maladie chronique, à la demande des parents, un **Projet d'Accueil Individualisé ou PAI** est établi. Il se rédige en collaboration avec les parents, le directeur de l'établissement, et le médecin généraliste et/ou spécialiste. Ces derniers prescrivent le traitement, communiquent les ordonnances de traitement, le protocole d'urgence, donnent les informations nécessaires et signent le PAI. Le MEN, qui n'a pas pour mission de prescrire, validera le PAI et sera garant de la mise en place des aménagements pour la bonne prise en charge médicale à effectuer dans le cadre scolaire : un régime alimentaire, prise de médicaments, surveillance particulière, conduite à tenir en cas d'urgence...(19)(40)

Cette mesure existe depuis 1993 en France. (40)

On pourra trouver en ANNEXE 6 un modèle de PAI.

2.3.3. Dans le Val d'Oise

Selon le rapport d'activité départemental 2011-2012, le nombre d'enfants pris en compte dans le champ du handicap s'élève à 10259 soit 4,2% de la population scolaire. Un chiffre 2,5 fois plus élevé et en augmentation exponentielle depuis 2004-2005.

Parmi eux, 1 enfant sur 3 présente des atteintes intellectuelles et psychiques.

3950 enfants ont été comptabilisés et reconnus handicapés donc bénéficiant d'un PPS.

Les 6309 autres ont bénéficié de PAI. Parmi eux, 6087 sont recensés pour maladie chronique et 222 cumulant les 2 : maladie et handicap. (35)

Cette population d'élèves bénéficiant de PAI représente 6% de cette population d'enfant pris en compte dans le champ du handicap. Cela concerne les pathologies comme l'asthme et l'allergie qui arrivent en tête des suivis (3100 et 1500 enfants), puis épilepsie (340 enfants) et diabète (340 enfants), puis drépanocytose (240 enfants), maladies digestives (150 enfants), maladies cardiaques (80 enfants), cancer et tumeur (60 enfants) et enfin mucoviscidose (25 enfants) et hémophilie (30 enfants).

32 MEN pratiquent dans le Val d'Oise.

2.3.4. Place du médecin généraliste

D'une manière générale rappelons que, désormais, le médecin généraliste a été soumis, comme tout étudiant en médecine de France, au CSCT permettant la validation du 2^e cycle d'études médicales et du concours de l'internat dit ECN depuis 2005. Entre autres, les bases élémentaires requises sont donc l'apprentissage de différents items de pédiatrie, d'un stage d'externat et d'internat minimum dans un service de pédiatrie. Le stage de niveau 1 chez le praticien, également obligatoire, permet de façon complémentaire de mettre en pratique les acquis notamment pour toutes les démarches de prévention notamment des vaccinations, examens périodiques de l'enfant...etc. Certaines vacations en PMI et médecine scolaire peaufinent ces connaissances, souvent pour les internes les plus intéressés et/ou en SASPAS.

Dans la prise en charge des enfants handicapés et atteints de maladies chroniques, il semble bien que le médecin généraliste a un rôle à jouer. D'une part parce qu'il apparaît dans la liste des « collaborateurs » du MEN dans la circulaire de 2001 et surtout parce qu'il rédige le PAI et fournit les ordonnances à la demande du MEN. Ainsi il fait partie du partenariat à mettre en place pour une bonne prise en charge de l'enfant en milieu scolaire. Son rôle n'est manifestement pas négligeable, d'autant plus qu'il connaît l'enfant dans son environnement familial et personnel, et participera d'autant mieux à faire comprendre à la famille les enjeux de cette prise en charge. La consultation où le PAI est remis par les parents peut être également un moyen de voir l'enfant pour un motif particulier de façon régulière, en l'occurrence une fois par an.

Ils peuvent être amenés à participer aux EES sur invitation de l'école, sa présence étant souvent bienvenue.

L'investissement du médecin généraliste est comme pour tout partenariat avec ses confrères nécessaire pour entretenir de bonnes relations et entretenir une prise en charge continue de l'enfant.

Lors de l'étude de Jeanine Pommier et Didier Jourdan ⁽²¹⁾, le recueil d'information et d'avis auprès du personnel a permis d'identifier certaines défaillances du système français. :

- le manque de moyens, qui rend impossible la réalisation de certaines missions par les MEN, et le manque de coordination entre médecins et infirmières notamment, mais aussi avec les assistantes sociales et les médecins traitants avec qui il existe

souvent des « tensions ». Un véritable travail de partenariat avec les médecins traitants a été vivement souhaité.

- Par ailleurs, « le lien entre santé et réussite scolaire ne serait pas reconnu par tous les acteurs de la santé et de l'Education ».
- Et puis, il n'y a pas de supervision des acteurs de la santé scolaire ce qui pose des problèmes de crédibilité chaque département peut avoir son mode de fonctionnement, les pratiques ne sont pas uniformisées.
- Et enfin se pose le problème de la formation médicale pauvre par rapport à la fonction dévolue au généraliste d'être le médecin des adolescents.

3. LA MEDECINE SCOLAIRE EN EUROPE (21)(22)

L'organisation au sein de chaque pays dépend de son contexte historique et institutionnel. Cependant, une étude comparative évaluant différentes formes de suivi médical des élèves et diverses modalités de la prise en compte de la santé à l'école pour les élèves de l'enseignement primaire et secondaire dans les pays européens, réalisée par Jeanine Pommier et Didier Jourdan parue en 2008 a réussi à mettre en évidence des modèles bien précis en étudiant 7 pays d'Europe : France, Belgique, Suisse, Pologne, Danemark, Espagne et Portugal. Cf. ANNEXE 7. Trois modèles ont été identifiés :

- un modèle centré sur la population (enfants et adolescents scolarisés) ou dit « Modèle communautaire »
- un modèle centré sur le lieu, dit « Modèle intégré »
- un modèle centré sur les problématiques sanitaires ou dit « Modèle sanitaire »

3.1. Le Modèle Communautaire

Des médecins généralistes spécialisés en santé publique ou en pédiatrie agissent dans des centres de santé communautaires, de quartier, à plein temps ou dans leur cabinet. Ils sont sous la dépendance de l'état ou d'autorités territoriales. Ce modèle met l'accent sur les élèves dans leur environnement et c'est la cohérence du suivi médical des enfants et des adolescents qui est recherchée. Cependant il n'est pas intégré à l'école « c'est la position d'extériorité vis à vis de l'institution scolaire qui est ici la principale difficulté ». C'est le cas en Espagne ou au Portugal.

3.2. Le Modèle Intégré au milieu scolaire

La santé scolaire est intégrée, « enracinée » dans le système scolaire, et les médecins sont au cœur de l'institution scolaire. Les médecins sont affectés à plein temps dans les centres médico-scolaires. C'est la cohérence à l'échelle de l'école qui est recherchée. C'est le cas de la France, la Belgique, la Pologne.

3.3. Le Modèle Sanitaire

Il ne comporte pas de médecins scolaires mais fait intervenir des médecins de ville ou des vacataires. Les médecins réalisent à l'école des bilans sous forme de vacation. Les enfants sont orientés vers le système de soin. C'est le cas notamment en Suisse, mais aussi au Danemark et un peu en Belgique et Pologne.

Les 2 premiers modèles posent la question de la part consacrée au milieu scolaire dans l'activité des médecins (médecin spécialisé ou non) et de l'implication de l'Etat dans un domaine où se font des réductions de postes. Le 3^e modèle pose la question de la possibilité de promouvoir la santé des élèves sans être affecté au milieu scolaire et de la prise en compte des élèves à besoins spécifiques.

D'un point de vue global, en Europe, les textes sont très forts mais la pratique quotidienne est difficile. Les partenariats entre santé et éducation sont de plus en plus développés.

Les bilans de santé sont largement prépondérants dans les pratiques médicales.

Les médecins dévoués sont présents mais l'organisation et les modalités d'intervention sont très variables, ainsi que leur formation.

En tous cas, pour tous ces pays, se sont tous des médecins généralistes de formation initiale qui sont en charge de la médecine scolaire.

4. HYPOTHESES

Il semble qu'il n'existe peu ou pas de communication entre les deux médecins malgré leur rôle central. Cependant aucune étude fiable n'a été portée en médecine générale notamment par le biais de thèse. Cette hypothèse ressort d'une constatation faite lors de

mes vacances en médecine scolaire effectuées en cours de SASPAS et SASPAS libre ainsi que de nombreux témoignages.

Les principaux obstacles pourraient être la méconnaissance du mode de fonctionnement de la médecine scolaire et de sa spécificité par les médecins généralistes. Le carnet de santé serait-il inadapté...?

L'idée qui en découle initialement est de trouver des solutions admises conjointement par ces deux médecins pour améliorer la communication et éventuellement créer un support de communication, qui serait également accessible aux autres intervenants de la prise en charge.

METHODOLOGIE

1. PRESENTATION ET CHOIX DE LA METHODE

J'ai choisi comme méthode d'étude pour cette thèse une étude qualitative.

1.1. La recherche qualitative versus quantitative ⁽²³⁾⁽³⁶⁾

Les deux méthodes sont complémentaires car elles appliquent toutes deux la même démarche scientifique rigoureuse (élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une stratégie rigoureuse pour tenter d'y répondre).

Cependant, la recherche qualitative permet de combler un manque connu par la recherche quantitative. En effet, cette dernière ne permet pas de répondre à toutes les questions soulevées par l'exercice quotidien de la médecine générale. La différence réside dans le fait que les preuves (données recueillies) ne sont pas sous forme numérique et nécessitent une analyse interprétative plutôt que statistique.

La méthode quantitative pose des questions plutôt d'ordre biomédical, mesure et quantifie des variables, élabore des relations causales entre des variables mesurables. Elle teste des hypothèses et est déductive.

La méthode qualitative, elle, ne cherche pas à quantifier ou énumérer, elle ne mesure pas mais consiste la plupart du temps à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Contrairement à la méthode quantitative, elle est adaptée à l'étude de phénomènes sociaux, elle explore l'existence et la signification de ces phénomènes. Elle permet une compréhension du contexte, l'étude des gens dans leur environnement. Elle crée des hypothèses et est inductive.

De façon simple, elle permet de répondre à la question commençant par « pourquoi » ou « comment », comme peut le faire par ailleurs la démarche quantitative mais s'intéresse aux déterminants des comportements des acteurs.

Elle peut paraître particulièrement adaptée en médecine générale permettant un abord global dans la compréhension de la santé, « d'explorer aussi bien les émotions, les sentiments des gens que leurs comportements et leurs expériences ».

La méthode quantitative choisit un grand échantillon d'individus, représentatif de la population, pour éliminer les variations individuelles et aboutir à une généralisation, et conclure par exemple que tel traitement sera plus efficace qu'un autre.

A l'inverse, en démarche qualitative, on choisit un petit échantillon détaillé, qui n'a pas besoin d'être représentatif, pour produire une explication plausible et cohérente du phénomène étudié et pour «contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des individus et des interactions entre eux». Par contre, la généralisation des résultats ne peut se faire.

1.2. Application de la méthode qualitative au sujet de recherche

Le but primaire de notre étude est de savoir comment améliorer la communication entre le médecin de famille et le médecin scolaire dans le cadre de la prise en charge à l'école d'enfants présentant une maladie chronique et/ou un handicap.

Secondairement, elle permet de répondre aux questions suivantes : Comment communiquent ces deux médecins ? Quelles sont les attentes réciproques de chacun ? Quels sont les obstacles à la communication ? Pourquoi et comment l'améliorer ?

Ce sujet n'a jamais été exploré en médecine générale et répond ainsi au choix de l'étude qualitative puisque explorant un secteur inconnu pour permettre encore une fois d'identifier les principales dimensions d'un problème, formuler des hypothèses, comprendre des motivations... Au fur et à mesure qu'un compte rendu se fait jour, les catégories et les thèmes deviennent apparents et c'est cette génération de la théorie à partir des données plutôt que la mise à l'épreuve d'une hypothèse antérieure, qui est le propos d'une analyse qualitative et donc du travail qui va suivre.

En définitive, le but de ce travail est d'explorer et de comprendre le positionnement et les pratiques des médecins généralistes et des médecins scolaires dans leur communication. L'étude qualitative par définition permet grâce à un petit échantillon détaillé de produire une explication plausible et cohérente à un phénomène et/ou une interaction, l'objectif étant de l'examiner et de le comprendre. Ainsi il sera question d'une étude qualitative sous forme d'entretiens semi dirigés (enregistrés, retranscrits et analysés) sur un échantillon à la fois de médecins généralistes et de médecins scolaires dans le département du Val d'Oise (95). Un troisième échantillon a été recensé, celui

d'un échantillon de parents, ceci étant suggéré par la commission de thèse. L'objectif est de collecter et analyser des informations afin de comprendre les attitudes concernant la communication entre ces deux catégories de médecin et la prise en charge conjointe des enfants handicapés et ou présentant une maladie chronique. Par ailleurs on explorera aussi le positionnement des parents ainsi que leurs attentes.

2. LES ENTRETIENS

2.1. Choix de l'échantillonnage

Contrairement à l'étude quantitative, la taille de l'échantillon n'est pas importante c'est sa qualité qui compte. En choisissant les participants, on diversifie les données et ainsi on arrive à capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude.

Pour cette étude, on arrive à saturation après 8 à 10 entretiens passés pour chaque groupe de personnes, c'est-à-dire que des entretiens supplémentaires n'ont pas permis d'améliorer la compréhension du phénomène étudié.

2.1.1. Les médecins

10 médecins scolaires et 10 médecins généralistes ont été interviewés. 8 parents ont également été soumis aux entretiens.

Les médecins scolaires ont été recrutés grâce à l'aide du Docteur Annie Floc'hlay, Responsable du service de Promotion Médical Elèves du Val d'Oise, siégeant à Cergy Pontoise, qui m'a communiqué leurs coordonnées et qui au préalable avait obtenu leur accord. Puis grâce au Docteur Delphine Courtecuisse qui a pris la relève à ce poste en janvier 2014. Ce sont toutes des femmes, le nombre d'hommes dans ce secteur étant quasi nul. Sur les 6 bassins d'activité que compte le Val d'Oise (Pontoise, Argenteuil, Cergy, Sarcelles, Enghien, Gonesse), 10 ont répondu positivement et 1 n'a pas donné de réponse (bassin de Gonesse).

Les médecins généralistes ont été recrutés par recherche pages jaunes et par connaissance. Environ 25 médecins généralistes ont été contactés par téléphone, soit directement quand ils répondaient eux même au téléphone soit par le biais de leur secrétariat.

Dans l'échantillon, on a recensé 6 femmes et 4 hommes, de divers bassins. Ils ont entre 28 et 62 ans. Parmi eux, on note particulièrement :

- 3 maîtres de stage dont 2 en activité (un de Paris 7 et un de Paris 5) : le deuxième en activité a été sélectionné sans que je ne sache au préalable qu'il était effectivement maître de stage. Le 3e médecin a été maître de stage mais ne l'est plus depuis 1 an.
- 3 médecins généralistes remplaçants (depuis 9 ans, 6 mois et 1 an)
- 1 médecin ayant une appétence particulière pour la médecine scolaire

De façon générale, la sélection des médecins a répondu à différents critères :

- Un équilibre homme/ femme
- Un équilibre sur le milieu d'exercice : urbain/ semi- rural/ rural
- Un équilibre sur le lieu d'exercice : en effet un médecin généraliste et un médecin scolaire ont été choisis par paire sur chaque bassin d'activité, sauf sur le bassin de Gonesse.
- Un équilibre en termes d'âge.

Tous les médecins scolaires interrogés n'étaient pas connus par l'enquêteur. 3 médecins généralistes étaient inconnus. Les entretiens ont tous été passés en vis à vis, et non par téléphone comme un ou deux médecins ont pu me suggérer pour des raisons qu'ils pensaient « pratiques ». Ceci a permis ainsi un réel dialogue et l'établissement d'une relation de confiance.

Les entretiens se sont déroulés, pour les médecins scolaires dans leur bureau de consultation, sur l'école dans laquelle ils étaient postés le jour de l'entretien. Pour les médecins généralistes, ils se sont déroulés dans leur cabinet sauf pour les médecins remplaçants.

Ils se sont déroulés entre Novembre 2013 et Juin 2014.

2.1.2. Les parents

Les parents ont été recrutés par le biais d'un médecin scolaire, d'un médecin généraliste et d'une orthophoniste, tous installés dans le 95. Pour des raisons de secret médical et de confidentialité, ils ont appelé les parents afin de leur parler du projet, de leur demander leur accord afin que leurs coordonnées me soient communiquées. Je les appelais ensuite pour fixer un rendez-vous. C'était à chaque fois des mamans.

Les entretiens se déroulaient dans une atmosphère calme, soit en cabinet où j'effectuais mes remplacements, soit dans un café, soit au CMS dans le cabinet du médecin scolaire, en l'absence de celui-ci.

Par ailleurs, ils ont été sélectionnés en fonction de leurs enfants :

- Un équilibre en terme d'âge
- Un équilibre en termes de classe intégrée
- Un équilibre en termes de pathologie

2.2. Les entretiens

Cf ANNEXE 8

Chaque entretien des médecins s'est déroulé dans le lieu d'exercice du médecin (sauf pour les 2 médecins remplaçants) et pour les parents, dans un cabinet de remplacement ou dans un café au calme, en tête à tête, sans impératif horaire pour la fin de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés au dictaphone, après accord des médecins/parents.

Il s'agit d'entretiens semi-dirigés, c'est-à-dire sans grille préétablie, mais avec des grandes questions et des questions de relance. En effet, pour chaque question, une liste de questions ou de points importants à couvrir a été préparée. Ces points étaient relancés si l'interviewé ne les touchait pas.

Ces questions sont établies également au fur et à mesure de l'entretien et enfin au fil des différents entretiens au cours du temps. De même, certaines questions ont été annulées. Les personnes pouvaient à tout moment revenir sur des questions abordées précédemment ou modifier une réponse donnée, un moment de réflexion libre était proposé systématiquement et ce à n'importe quel moment de l'entretien. ⁽³⁷⁾

3 grandes questions générales ont été abordées avec les médecins :

- **Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants atteints de maladie chronique et/ou handicap**
- **Communication entre médecin généraliste et médecin scolaire**
- **Connaissance de la médecine générale (pour le MEN)/Connaissance de la médecine scolaire (pour le MG)**

J'ai rajouté 1 question subsidiaire concernant les thèmes abordés de façon générale par le médecin avec les enfants en consultation.

3 grandes questions ont été abordées avec les parents :

- **Connaissance de la médecine générale**
- **Connaissance de la médecine scolaire**
- **Communication entre médecin généraliste et médecin scolaire**

Le temps de l'entretien varie entre 16 min et 40 minutes pour les médecins. Il varie entre 20 et 50 minutes pour les parents.

Il est arrivé que certains enfants soient présents au moment de l'entretien.

J'étais à chaque fois très bien accueillie et les entretiens ont été menés sans encombre aussi bien avec les médecins qu'avec les parents. Une réelle relation de confiance s'est établie au fur et à mesure du déroulement de l'entretien, poussant parfois la discussion bien plus loin que le sujet lui-même et ce surtout avec les parents, à en juger sur la durée des entretiens qui pouvaient parfois atteindre 50 minutes.

2.3. Transcription des données

La transcription des données a été réalisée par l'enquêteur (moi-même).

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot sur support informatique. La durée de retranscription oscille entre 2 à 3 heures pour chaque entretien. Je me suis permis de ne pas retranscrire les conversations « hors sujet », notamment avec les parents en fin d'entretien.

2.4. Analyse du contenu

Il s'agit d'une analyse inductive de contenu thématique.

En pratique, après retranscription intégrale des entretiens, ceux-ci ont été lus à plusieurs reprises pour déterminer les thèmes généraux.

Ces derniers ne sont pas préétablis avant l'entretien, c'est le principe même d'une étude qualitative.

Le contenu de chaque entretien est ensuite découpé en unité sémantique ou unité de signification classée selon les différents thèmes.

Enfin les citations importantes sont reprises entre guillemets.

2.5. Limitation des biais

Sur le recrutement: dans un même bassin d'activité d'un médecin de l'Education Nationale interrogé, un médecin généraliste au minimum a été systématiquement

interrogé sauf dans le bassin de Gonesse où j'ai interviewé 2 médecins généralistes (il a été difficile de contacter un MEN autre que celui proposé par Dr Floc'hlay, le premier n'ayant pas répondu).

Lors des entretiens: le temps de parole des personnes interviewées était respecté, ils pouvaient s'exprimer librement, une plage de libre d'expression leur était aussi accordée à la fin de l'entretien par la formule « avez-vous quelque chose à rajouter ? ».

Analyse des résultats: Pour améliorer la crédibilité de l'analyse, les données ont été analysées par plusieurs chercheurs :

- Les entretiens ont été faits par moi-même, l'enquêteur
- Le découpage thématique des entretiens a été supervisé par une deuxième personne n'étant pas intervenue dans les interrogatoires et dans la retranscription. En pratique, mon époux, n'exerçant pas du tout dans le secteur médical.

Par contre, le découpage sémantique et l'analyse des données ont été faites par l'enquêteur.

RESULTATS

1. DESCRIPTION DES ECHANTILLONS

1.1. Les médecins généralistes

Ils sont 10 médecins âgés de 28 à 62 ans, 6 femmes 4 hommes.

Les caractéristiques principales de ces médecins sont reprises dans le tableau présenté en ANNEXE 9.

- 3 médecins sont maîtres de stage
- 8 médecins travaillent en groupe
- 1 médecin travaille seul
- 3 médecins travaillent en remplacement dont un est non thésé
- 2 médecins ont fait le stage en médecine scolaire dans le cadre du SASPAS

8 considèrent la pédiatrie comme un domaine de prédilection, 9 MG travaillent en secteur urbain, 4 en semi rural et 1 en rural, sachant que certains ont plusieurs secteurs d'activité.

1.2. Les médecins de l'Education Nationale

Ils sont 10 médecins âgés de 43 à 56 ans, toutes des femmes.

Les caractéristiques principales de ces médecins sont reprises dans le tableau présenté en ANNEXE 9.

- 3 médecins sont maître de stage
- 1 médecin exerce simultanément la médecine générale en remplacement et la médecine scolaire
- entre 20 et 40 écoles sont à leur charge chacun
- elles sont médecin généraliste de formation initiale

1.3. Les parents

8 entretiens ont eu lieu.

Les caractéristiques principales des enfants sont reprises dans le tableau présenté en ANNEXE 9.

Les enfants dont les parents ont été interrogés ont entre 5 et 18 ans, 5 filles et 4 garçons. 2 de ces enfants sont frère et sœur jumeaux.

Pour les niveaux d'enseignement, nous avons : 2 enfants en maternelle, 3 en primaire, 1 au collège, 2 au lycée, 1 a été scolarisée jusqu'à l'âge de 10 ans puis est en IME depuis. 2 enfants ont été ou sont suivis en CLIS.

Les pathologie(s) présentées sont : 7 enfants présentent un handicap lié à une maladie particulière (5 présentent un retard psychomoteur, 3 présentent un retard moteur uniquement), 1 est asthmatique.

La ou les structure(s) mise(s) en place sont : prise en charge spécialisée à l'hôpital, PAI, PPS, paramédicaux...

2. LES THEMES GENERAUX

Après retranscription intégrale des entretiens et analyse du contenu, des thèmes généraux sont isolés.

Je les ai regroupés en fonction des 3 grandes questions abordées sus citées.

L'intégralité des entretiens retranscrits se trouvent en ANNEXE 10.

2.1. Les médecins généralistes

1^{ère} question : Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Les médecins généralistes communiquent avec les pédiatres et pédiatres spécialistes

MG 1 : « Tous les spécialistes notamment ORL, cardio, allergo, dermato », « service de pédiatrie »

MG 2 : « Spécialistes : néonatalogiste jusqu'à 6 ans, pneumologue, allergologue. »

MG 3 : « Avec des pédiatres, et essentiellement des pédiatres ayant en plus une autre spécialité »

Le terme pneumopédiatre revient souvent.

- Le médecin scolaire est absent des confrères cités spontanément.

Et quand on pose la question « et le médecin scolaire ? », les médecins répondent « ah non pas du tout » (MG1) ou « effectivement, c'est très exceptionnel » (MG3).

Il apparaît plus chez les médecins généralistes tous jeunes diplômés ou internes ayant fait le stage en médecine scolaire

- Ils considèrent la communication comme primordiale

Pour l'ensemble des médecins généralistes, la communication est primordiale. « Pour pouvoir suivre l'enfant » (MG2), car « on a besoin d'informations complémentaires à celles apportées par les parents » (MG9), « quand ça se déstabilise on a besoin d'aide on appelle au secours quoi ! » (MG5).

On comprend rapidement que le retour du confrère est important pour eux : « c'est toujours un plaisir d'avoir un retour de la part du confrère » (MG8), « c'est toujours rassurant de pouvoir échanger avec un confrère » (MG4), « elle (*la communication*) est malheureusement souvent à sens unique » (MG3).

Cependant la plupart parlent d'une communication insuffisante : « elle n'est pas suffisante telle qu'elle est aujourd'hui » (MG1), « elle est difficile à obtenir » (MG2), « pas optimale, chronophage » (MG6), « certains médecins ne veulent pas répondre mais moi je le mets plutôt sur le plan du temps » (MG6), « c'est vrai que je ne le fais pas tous les jours » (MG4), « je n'ai pas encore assez de retour » (MG8).

- Temps passé avec ces enfants en cabinet

Il est de 15 à 20 minutes en moyenne. « Quand tout va bien » « pour un problème aigu ». Mais « ça dépend... »

« Quand il y a besoin », « Quand il le faut », « Quand il faut faire un travail de fond », cela peut aller jusqu'à 30 minutes.

Ils passent globalement le temps qu'il faut.

- Ils considèrent comme bonne la prise en charge globale de ces enfants, toutes spécialités confondues.

Les parents ont rapidement et facilement accès au cabinet de médecine générale « ils viennent toujours dans le même cabinet » (MG5), « on est la seule maison médicale de la ville » (MG2)

Tous sont de cet avis sauf un (MG6). Un autre précise que « la prise en charge psychologique en revanche n'est pas toujours fameuse » (MG 9).

Le problème mis en avant par un des médecins est celui de la centralisation des informations avec le problème qu'il n'y a pas de médecin traitant pour l'enfant.

2^e question : Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Les MG ne connaissent pas ou peu le MEN de leur ville

6 médecins connaissent ou ont connu un MEN. Ils le connaissent le plus souvent par le tampon dans le carnet de santé (3 MG). Sinon : 2 par le biais de l'internat, 1 dit avoir assisté à une réunion d'EES, 2 MG l'ont connu par relation personnelle.

4 n'en connaissent pas du tout.

- Le MG connaît plutôt l'infirmière car « plus de présence » (MG2, MG3, MG7)

- Les relations sont rares et ponctuelles voire inexistantes.

Le terme d'« une fois par an revient » 2 fois, sinon pour les 7 autres les relations sont inexistantes.

Tous parlent cependant de bonnes relations, à l'exception d'un qui parle « d'un désaccord à propos d'un enfant (...) ce qui a bloqué les échanges » (MG9).

Quand elles existent, les MG parlent d'une relation « insuffisante » (MG1,2,3).

- Les tous jeunes médecins remplaçant, ayant fait le stage en médecine scolaire communiquent avec le MEN

Ils connaissent les médecins scolaires en activité actuellement et font l'effort de rentrer en lien avec eux :

«Je sais que les médecins scolaires sont dans l'attente qu'on rentre en lien avec eux... maintenant je prends en compte cet état de fait et je les appelle s'il y a besoin, je me suis servi de mon stage pour améliorer ma pratique”(MG8) ;

« C'est un métier très intéressant. C'est un avis que je n'avais pas du tout avant mon stage d'interne, je ne les connaissais pas, ni le métier, ni la fonction, je pensais que c'était une planque. Si je n'avais pas fait ce stage, je n'aurais certainement pas connu la discipline et je n'aurais pas pensé ni même eu envie de travailler avec eux ». (MG 10)

- Quand les relations sont inexistantes, les raisons énoncées le plus souvent sont :
 - o Pas de besoin (tous sauf MG 6). Ils insistent sur le fait qu'ils n'identifient pas le besoin «mais c'est vrai qu'on ne crée pas le besoin » (MG9), « je pense que j'en ai eu besoin » (MG6), « je n'ai pas identifié les besoins" (MG4), « on ne pense pas forcément à ce recours » (MG3)
 - o La méconnaissance de la médecine scolaire pour tous les MG sauf MG 8
 - o Manque de temps et de disponibilité pour tous sauf de deux MG. Cependant, cinq MG proposent une solution à ce problème « on peut se donner le temps aussi... » (MG4), « mais il faudrait créer des temps d'échanges » (MG2) « internet pourrait apporter beaucoup plus de solutions que le reste » (MG6)
 - o Pas d'occasion (pour 6 MG)
 - o Le MEN ne fait pas partie de ses correspondants (pour 4 MG)
 - o Le secret médical n'est pas un frein (sauf pour 2 MG), surtout si c'est pour « l'intérêt de l'enfant » (cette citation revient 4 fois).
 - o Pas une priorité (MG 2 et 6)
 - o Manque de formation : « on n'est pas du tout formé pour ça » (MG7), « il faudrait que l'on soit formé surtout car on n'est pas formé» (MG1) « nous on n'est pas très performant quoi qu'il arrive dans notre formation » (MG 2)

Si le secret médical n'est pas un frein, deux médecins évoquent le problème de l'accord des parents : « Il faut l'autorisation de la famille » (MG 2), « avec l'accord des parents » (MG 1)

- Quand les relations existent ou ont existé, les moyens de communication le plus souvent énoncés sont :
 - o Le PAI, évoqué par quatre MG. Cependant, les MG parlent de ce document comme d'un moyen de communication à sens unique : « c'est unilatéral » (MG1), « c'est dans un seul sens, on n'a pas de retour » (MG3), « j'attends toujours actuellement » (MG6).
 - o Le carnet de santé
 - o Le téléphone, évoqué par trois MG

Le carnet de santé est « utile » pour quatre MG surtout car le tampon permet d'identifier le MEN mais « insuffisant » pour deux MG. Il y a un problème de

confidentialité car tout le monde y accède « il peut être lu par trop de personnes » (MG2), « on ne peut pas tout écrire...il n'est pas universel » (MG3),

- Même s'ils n'avaient pas d'attente particulière avant l'entretien, tous trouvent un intérêt à développer leurs relations avec le MEN et proposent pour cela :
 - o De connaître leurs coordonnées (7 médecins), et ce par un courrier de présentation de la part du MEN (MG 3, 4, 8 et 9 l'énoncent clairement),
 - o Faire des réunions d'échange (3 médecins)
 - o Les démarches doivent être prises à l'initiative des deux médecins et pas que dans un seul sens (3 médecins)

- Les informations indispensables à communiquer au médecin scolaire selon eux:
 - o Contexte social et Situation familiale.
 - o ATCD

3^{ème} question : Connaissance de la médecine scolaire ?

- Les médecins expérimentés n'ont aucune connaissance de la médecine scolaire et de la formation du médecin scolaire

« Je ne connais pas du tout » (MG2), « oui un petit peu ...mais je ne suis pas sûre d'être à jour pour les nouvelles fonctions..." (MG3), « Là vous voyez c'est flou dans ma tête" (MG9)

- Les médecins plus jeunes ont une connaissance de l'activité du médecin scolaire par l'internat et s'ils sont maître de stage

- Pour la connaissance de la prise en charge de l'enfant handicapé, le terme qui revient le plus est la MDPH (9 fois), AVS (5 fois)

- La perception de la médecine scolaire par eux est globalement négative sauf pour les médecins ayant fait le stage en médecine scolaire:
 - o « ils sont débordés » (MG3), « discipline dévalorisée » (MG4), « quasiment absente » (MG5), « méconnue de nous » (MG6) « complètement opaque » (MG7)

- le poids de l'administration est évoqué à deux reprises : ils peuvent être bloqués par l'administration (MG9), « il y a beaucoup d'administratif je trouve » (MG1)
- « Avant je n'avais aucune idée... après j'ai découvert la médecine scolaire par le biais de mon stage et c'était très enrichissant...tous les futurs médecins devrait faire ce stage !... Ma vision a changé » (MG 8)
- « C'est très sympathique...après c'est vrai que je suis tombée sur quelqu'un qui aime son métier je suis peut-être un peu biaisée, ...Alors quand on ne connaît pas on a l'impression que c'est un sous métier, que ça ne sert à rien...que c'est des gens qui ne font rien...Ce n'est pas vrai, c'est un métier qui est beaucoup dans l'échange, aussi bien au niveau de l'école que les autres professionnels médecins et paramédicaux »(MG 10)
- « Si je n'avais pas fait ce stage, il y a plein de choses qui me seraient passées au-dessus aussi bien en terme de communication avec le médecin scolaire que la prise en charge des enfants atteints de maladies chroniques et handicap » (MG10)

2.2. Les médecins scolaires

1ère question : Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Les MEN communiquent avec les médecins hospitaliers et les spécialistes en premier lieu, puis avec le MG
9 MEN parlent de « médecins hospitaliers » ou spécialistes.
Le pédopsychiatre ou CMP apparaît 4 fois.
Spontanément, tous sans exception parlent du MG mais 3 précisent « peu avec le médecin généraliste » (MEN 10), « je n'ai pas beaucoup de contact avec le médecin généraliste » (MEN 4), « très peu de contact avec le médecin généraliste » (MEN 3),
- Ils considèrent la communication comme primordiale
7 MEN répondent que la communication est primordiale. 3 autres parlent d'une communication importante (MEN 10, MEN 6, MEN 7) avec les confrères.

- Ils considèrent comme bonne la prise en charge globale de ces enfants

Pour 7 MEN, la prise en charge est bonne : « bonne » (MEN 3), « elle est correcte » (MEN 7).

Pour les 3 autres, elle pourrait être améliorée : « On pourrait améliorer largement les choses... » (MEN 5), « la prise en charge n'est pas comme on la voudrait » (MEN9)

2ème question : Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Tous les MEN connaissent un ou des médecins généralistes de leur ville

Ils le connaissent de diverses manières, il n'y a pas de réponse qui revienne le plus souvent. Ils connaissent tous ses coordonnées.

- Les relations sont rares, voire inexistantes

S'ils ont peu de contact avec le MG, ils considèrent cependant cette relation comme inexistante : ceci est valable pour 6 MEN : « (...) inexistante pour la plupart oui, dans le quotidien, je n'ai de relations que s'il y a un besoin et si ce besoin est grave » (MEN 2), « Inexistante, enfin si, il y en a mais très peu...sauf maladie particulière et situation d'urgence. »(MEN 3), « Inexistante ? Oui sauf en cas de contextes médicaux précis... » (MEN 6).

Pour les 4 autres, la relation est existante.

Quand elles existent, les fréquences ne sont pas univoques : ils affirment qu'elles sont globalement de l'ordre de « une fois tous les 2 à 3 mois » (MEN 4, 5, 7,10), dans la majorité, « une fois tous les 6 mois » pour 2 MEN, « 1 fois par mois » pour 2 MEN, « une fois par an » pour 1 MEN. Toutefois, 6 MEN parlent d'une communication « insuffisante » (MEN 3, 4, 5, 6, 7).

- Quand les relations existent ou ont existé, les moyens de communication le plus souvent énoncés sont:

- téléphone (9 MEN en parlent),
- vient ensuite le courrier pour 7 MEN,
- le carnet de santé (MEN 2,3,4,6,9)
- les parents sont évoqués également (par cinq MEN).

Le carnet de santé n'est pas considéré comme un bon support: les MEN le trouvent **insuffisant**: «les choses importantes ne sont pas notées » (MEN 1), « j'ai l'impression que personne n'écrit rien dedans » (MEN 7), « quand l'enfant grandit, (...) il y a souvent peu de choses qui y figurent » (MEN 5) ;

Ils ne le trouvent pas adapté : « j'ai quelques infos parfois mais c'est vrai que pour les maladies chroniques on a rien ...il faut les compte rendus...alors pour le handicap il n'y a rien » (MEN 8), « quand j'ai des choses très précises à demander, c'est par courrier fermé » (MEN 9), « le carnet de santé sert ponctuellement tout n'est pas indiqué car il se balade dans trop de mains...c'est pas son rôle »(MEN 10), « limites du carnet de santé »(MEN 9).

Toutefois, **tous les MEN y notent quelque chose à chaque consultation** « une phrase » (MEN1), « quand il y a des choses importantes je les note » (MEN 5), « je note systématiquement » (MEN 6,8).

Mais **certains sont freinés** : « pour des entretiens où les éléments sont beaucoup plus subjectifs je ne les note pas... » (MEN 5), « comme ces carnets de santé sont accessibles à beaucoup trop de personnes, ce que l'on peut écrire dessus est mesuré, je peux marquer par exemple le motif de la consultation » (MEN 2), « certains parents ne veulent pas trop que je note certaines informations » (MEN 8).

- **La qualité des relations est bonne, sauf exception**

7 MEN disent que leurs relations sont bonnes tant sur le plan humain que professionnel avec le MG.

4 MEN parlent d'une communication « satisfaisante ». 6 MEN parlent d'une relation « insuffisante ».

Spontanément, certains MEN parlent de leur ressenti et anecdote : « un médecin généraliste me déconsidérerait » (MEN 2), « j'ai l'impression qu'on ne se comprend pas forcément toujours, » (MEN 5), « pour eux je pense que je n'existe pas... » (MEN 6), « ...me prenait vraiment pour une idiote...je me demande si pour eux on est médecin au même niveau qu'eux » (MEN 4).

- **Globalement, le MG est considéré comme facilement joignable (pour 6 MEN)**

Cependant certains MEN évoquent des difficultés ou une gêne : « c'est difficile en plein milieu d'une consultation de l'appeler pour lui parler d'un gamin alors qu'il est

en train de faire autre chose »(MEN 3), « il y a toujours le frein de la secrétaire, elle ne me passe jamais le médecin généraliste »(MEN 4), « je suis dans une forme de réticence à l'idée de le déranger » (MEN 2), « c'était peut-être pas la peine de les surcharger" (MEN 5).

- Le motif principal des échanges est un éclaircissement sur un dossier (6 MEN)
« On éclaire certaines situations » (MEN 8), « Avoir des précisions sur un dossier » (MEN 9), « demande de complément d'information » (MEN 4)
Puis ce sont les urgences (3 MEN), les maladies contagieuses (2 MEN).

- 8 MEN trouvent un intérêt à développer leurs relations
« Surtout pour l'enfant" (MEN 9), « pour la bonne prise en charge de l'enfant...mais aussi pour les parents » (MEN 3), « oui, car ça rend la communication plus rapide » (MEN 4)
Les deux autres sont moins d'accord sans être catégoriques « pas plus que ça, car on ne travaille pas avec les mêmes enfants" (MEN 6), "Je ne sais pas (...) je me sens utile tout au début pour la découverte et l'annonce et très peu après" (MEN 10).

Ils proposent pour cela :

- de se « rencontrer » ou de se faire connaître : au cours de « réunions » (MEN 7, 8), « de rencontres ponctuelles » (MEN 9) ou de « participer à des FMC (*Formation Médicale Continue*) » (MEN 10,3), et ainsi faire connaître leurs coordonnées.
- Avoir des internes est pour eux une bonne solution pour « faire connaître le métier » (MEN3), « ça peut aider à la compréhension des 2 côtés » (MEN 4), «savoir comment ça se passe de notre côté » (MEN 9)
- Ils pensent que c'est au MEN de se présenter au MG
« Ce serait plus facile » (MEN 2), «nous ne sommes pas dans les pages jaunes donc peut être que ce serait bien que le MEN le fasse » (MEN 10), « c'est à nous de dire qu'on est médecin scolaire de la ville » (MEN 3) ;
même si certains évoquent le fait que c'est un échange et que c'est aux 2 de le faire (MEN 10, MEN 3).

- Les freins à la communication les plus évoqués sont:
 - o La méconnaissance de la médecine scolaire par les MG (évoqué par 7 MEN différents)
 - o Le manque de temps et de disponibilité, surtout venant du MG : «ils sont surchargés » (MEN 7), «ils sont débordés » (MEN1), «quand le téléphone sonne sans arrêt avec une salle d'attente pleine à craquer c'est difficile en cabinet de répondre » (MEN 9), « je les considère comme surbookés » (MEN 2) (ceci est évoqué par 7 MEN différents)
 - o Le manque d'intérêt du MG pour la discipline: « Le manque de reconnaissance de la médecine scolaire par la médecine en générale » (MEN 6), « j'ai parfois l'impression qu'on a deux métiers différents et qu'on n'est pas forcément sur les mêmes problématiques... » (MEN 5), « j'ai l'impression que me rappeler ou rentrer en contact avec moi ne rentrent pas dans ses priorités » (MEN 7) ;
« Quand on veut communiquer avec eux ils ne veulent pas et je ne comprends pas pourquoi » (MEN4)
 - o Le MG est « squizzé » de la prise en charge par les MEN eux même mais aussi par les hospitaliers: « il est aussi un peu exclu je pense »... (MEN 2), « on le « squizze » » (MEN 3), « j'avoue, je les shunte un petit peu » (MEN 4), « je reconnais qu'ils ne sont pas beaucoup intégrés par moi » (MEN 7)
 - o Le secret médical n'est pas un frein sauf pour 2 MEN

- Ils se trouvent complémentaires avec le MG
« Donc j'ai l'impression qu'on travaille côte à côte... » (MEN 6) « complémentarité » (MEN5) « on est complémentaires » (MEN1& 8), « ça peut être un relais, un complément » (MEN 7)

- Les MEN évoquent une attente particulière: être appelés pour certains cas et avoir un retour « ils pourraient nous appeler dans certaines situations" (MEN 10), « j'aimerais que le MG) me rappelle » (MEN 4), « il y a peu de retour" (MEN 2),

- Les informations à communiquer du MG au MEN sont le dossier médical et le contexte familial, et du MEN au MG son regard sur l'enfant et l'évolution de l'enfant à l'école
«On apporte beaucoup aux parents notre regard qui est différent car on alerte plus rapidement» (MEN 8).
Pour cela, les parents doivent fournir leur accord « c'est important de passer par la famille pour savoir ce qu'elle accepte de nous dire ou pas» (MEN 2), « je ne peux pas convoquer l'enfant sans l'accord des parents » (MEN 7)

- Le bilan des retards de langage et des apprentissages est mal connu des MG
« J'ai l'impression que c'était pas dans leur pratique et dans leur problématique » (MEN 5) « pour les bilans des retards de langages, les médecins ne savent pas faire » (MEN 1), « tout ce qui est troubles des apprentissages on a un regard qui est différent » (MEN 3)

3^{ème} question : Connaissance de la médecine générale

- Pour le MEN, le MG doit s'assurer du suivi de l'enfant et du PAI
Il doit "les suivre régulièrement" (MEN 1), "faire le lien" (MEN 5 et 8)

- Pour eux, le MG consulte un enfant en 15 minutes
Ils soulignent pour la plupart que « ca dépend » de la pathologie et des situations

- Ils connaissent à peu près la formation actuelle du MG
Ils savent tous qu'il y a un concours, et sont hésitant sur la durée de l'internat.

- La perception de la médecine générale par eux est globalement négative du fait de la surcharge de travail
« Je les considère comme surbookés » (MEN 2), « ce n'est pas un métier facile » (MEN 4), « je la sens en difficulté » (MEN 5), « les conditions de travail ne sont pas enviables » (MEN 8), « c'est de plus en plus compliqué, le MG est de plus en plus sollicité » (MEN 10).

2.3. Les parents

1^{ère} question : Connaissance de la médecine générale

- Pour la prise en charge de leurs enfants un médecin généraliste doit avoir plusieurs rôles:
 - o Un rôle d'écoute et de présence au quotidien et un soutien psychologique
« le MG pourrait nous aider dans nos réactions pour le quotidien » (P2), « être disponible au quotidien ... de nous accepter à des heures improbables » (P4), « j'ai confiance en lui...il me reçoit même sans rendez-vous » (P5), « il me rassure, me tient au courant de ce qui se passe » (P8) ; « m'écouter... il a m'a soutenu psychologiquement »(P6), « il a aussi la casquette du psy, du conseiller » (P4).
La présence au quotidien concerne les pathologies aiguës banales de l'enfant « vaccin, épisode aigu » (P1) « grippe ou une angine » (P3), comme elle peut concerner sa pathologie chronique « veiller au bien être de l'enfant, de s'adapter au fur et à mesure en ville aux problèmes rencontrés » (P4)
 - o Savoir orienter dès le diagnostic
« Adresser aux bonne personnes ...aiguiller les parents» (P4), « diriger vers les spécialistes » (P2), « orienter vers les spécialistes adéquat » (P1)
 - o Savoir coordonner avec les médecins hospitaliers
« Coordonne avec les hôpitaux » (P8), « Je pense que le rôle du médecin généraliste est celui de coordonnateur...un chef de projet »(P1)
- Les parents interrogés ont une bonne perception de leur médecin généraliste. C'est un personnage important qui les rassure.
« Il permet de se rassurer parfois » (P2), « on a besoin de se rassurer » (P3), « il est proche de nous » (P5).
A la question *Est-il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ?* Six parents répondent « oui » « il a fait son job jusqu'au bout, voir plus » (P4), deux parents répondent « non » (P1 et P7)
- Globalement, les parents estiment le temps de consultation à 20-25 minutes
Il peut être plus long : « s'il y a besoin de plus de temps elle le prend » (P8), « ça peut être plus long si besoin » (P6), « il prenait parfois plus de temps » (P4)

Cependant certains parents évoquent « le peu de temps (*accordé*) à la consultation (P1), « que certains des médecins sont froids, font ça pour l'argent » (P8),

- Les parents n'ont aucune connaissance concernant la formation de leur médecin généraliste

6 parents affirment ne pas la connaître, les autres se trompent lorsqu'ils essayent de la décrire. Les parents interrogés n'ont jamais vu d'interne de médecine générale au cabinet sauf un.

2^{ème} question : Connaissance de la médecine scolaire

- Les parents ne connaissent pas les fonctions et missions du médecin scolaire (6 parents)

A la question connaissez-vous les fonctions et missions du médecin scolaire, les parents répondent : « je ne sais pas » (P8), « je ne connais pas » (P3), « non pas vraiment » (P2)

Malgré tout, ils savent grossièrement avec qui il travaille : « l'enseignant référent » cité 4 fois et le personnel enseignant « directrice » (P2, P4), « enseignant » (P1, P2, P4)

Seulement 2 parents savent dresser un tableau plus ou moins exact de ses activités (P1,P7)

2 parents affirment ne pas le connaître (P4, P5)

2 parents ne voient pas ce que les MEN pourraient apporter : « le MEN ne voyait pas beaucoup les enfants donc là encore je ne vois pas vraiment ce qu'il pourrait apporter » (P6), « pas grand-chose » (P3)(*concernant les informations à communiquer entre eux*)

- Le médecin scolaire est bien perçu notamment par leur rôle au sein des réunions d'équipe éducative (EES)

Les parents se sentent soutenus lorsque le MEN participe aux réunions d'équipe éducative « elle est primordiale dans les réunions » (P1), « C'est bien lors des réunions car ça permet de mettre les prof au point car ils ont tendance à ne pas être à jour... le médecin recadre un peu les choses et informe à nouveau de l'état des choses...il y a un réel soutien » (P2), « je suis sûre qu'il a un rôle important même si

je ne le connais pas bien »(P3), « il joue un rôle important notamment aux réunions d'équipe éducative car il apporte une autre vision des choses aux instituteurs » (P7) Cependant, 2 parents ont eu une mauvaise expérience : « J'ai une très mauvaise appréciation ... je n'en ai pas gardé un très bon souvenir» (P3), « J'ai eu une très mauvaise expérience... je ne les connais pas parce que ça ne m'intéresse pas... j'ai essayé plusieurs refus et des a priori sur la pathologie de mes enfants et sur les capacités qu'ils avaient... » (P6)

- Les parents n'ont aucune connaissance concernant la formation du médecin scolaire de leur enfant

Lorsqu'on évoque la formation du MEN, 6 parents répondent « je ne la connais pas ». 2 parents font allusion au médecin généraliste « c'est un médecin généraliste non ? » (P7), (P2).

Ils n'ont jamais vu d'internes de médecine générale en médecine scolaire sauf 2 parents et c'est ponctuel.

3eme question : Communication entre médecin généraliste et médecin scolaire

- Les référents de la prise en charge de leur enfant énoncés spontanément par les parents sont :

- Les spécialistes hospitaliers : ils sont cités par 6 parents
- Le médecin généraliste : il est cité par 5 parents
- Le médecin scolaire : il est cité par 5 parents
- Les paramédicaux : cités par 3 parents

- Les parents disent que le médecin généraliste et le médecin scolaire ne communiquent pas du tout pour la prise en charge de leur enfant

La communication est « inexistante » pour 7 parents.

« Non et je ne sais pas s'il y a eu des tentatives... » (P2), « Je ne crois pas...j'ai donné les coordonnées du médecin scolaire à mon médecin généraliste et inversement mais je ne sais pas s'ils se sont déjà parlé » (P5), « Je ne sais pas... il ne m'en a jamais parlé en tous cas » (P7).

- Ils affirment faire eux même le lien
 « Personnellement je pense que si je n'avais pas été là pour faire la jonction entre tous les professionnels, ma fille n'aurait peut-être pas eu toutes ces prises en charges ... Mais c'est vrai que c'est moi qui fais souvent la passerelle » (P2) ;
 « C'est moi qui transmettais les comptes rendu »(P6), « je l'ai « squizzé » certes »(P7), « j'ai fait beaucoup de démarches seules et c'est vrai que mon médecin me faisait les ordonnances mais parce que je lui demandais » (P3)

- Les parents pensent que la communication participe à une meilleure prise en charge de leur enfant (7 parents)
 « Oui bien sûr » (P2), « elle serait bénéfique car c'est lui, le médecin généraliste, qui connaît le mieux l'enfant, ses progrès, comment il grandit » (P4), « ce serait bien que le médecin généraliste informe le médecin scolaire de la situation car il la connaît mieux que le médecin scolaire » (P5)

- Une participation du MG aux réunions d'équipe éducative serait appréciable: « qu'il participe aux réunions d'équipe éducative" (P7), « il faudrait que le médecin traitant participe aux réunions à l'école » (P8)

- Communication des informations importantes:
 - o Dossier médical dans le sens MG→MEN
 - o Evolution de l'enfant à l'école dans le sens MEN→MG: « les améliorations de l'enfant à l'école » (P6), « la dégradation ou les améliorations au sein de l'école, les changements que le MG ne voit pas forcément »(P4) « Comment ça se passe à l'école »(P5)

- Les parents insistent sur la vision globale qu'aurait alors leur MG concernant leur enfant: « les changements que le MG ne voit pas forcément » (P4), « ça veut dire que le médecin de ville ne s'intéresse plus seulement au problème de pied *par exemple* mais prend l'enfant dans son ensemble » (P1), « Tout ce qui se passe à l'école et que l'on ne voit pas dans un cabinet en 15 min » (P2)

- 3 parents proposent que le MEN transmette le compte rendu des réunions d'équipe éducative (P6,P8,P1)
- Pour autant, le carnet de santé n'est pas présenté **systematiquement** par les parents aux différents medecins qu'ils rencontrent
2 parents seulement disent le présenter systematiquement
« Personne ne m'a jamais demandé le carnet de santé, ni le neurologue, ni les orthophonistes, psychomotriciens ou autres. » (P1) ; « Non, je ne l'ai pas présenté souvent et on ne me l'a pas demandé non plus. »(P4) ; « Non, mais même lors des interventions chirurgicales les medecins ne notent rien sur le carnet de santé » (P8).

DISCUSSION

1. CRITIQUE DE L'ETUDE

1.1. Pertinence de la question posée ?

La loi du 11 février 2005 apporte des changements notables dans l'organisation de la scolarité de l'enfant handicapé : la distinction adaptation et intégration s'efface, on parle désormais d'accompagnement. Tous les enfants sont scolarisés : ils ont tous une école de référence, même s'ils n'y sont pas ou seulement à temps partiel. Être inscrit à l'école implique une obligation d'évaluation et la mise en place d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS). L'évaluation en situation scolaire est réalisée par une (des) équipe(s) de suivi de scolarisation (ESS) créée(s) dans chaque département, au sein de laquelle le médecin scolaire tient une place prépondérante.

Selon le rapport d'activité départemental 2011-2012, le nombre d'enfants pris en compte dans le champ du handicap s'élève à 10259 soit 4,2% de la population scolaire. Un chiffre 2,5 fois plus élevé et en augmentation exponentielle depuis 2004-2005.

Parmi eux, 1 enfant sur 3 présente des atteintes intellectuelles et psychiques.

Ont été comptabilisés 3950 enfants reconnus handicapés et donc bénéficiant d'un PPS.

Les 6309 autres ont bénéficié de PAI soit 6% de cette population d'enfant pris en compte dans le champ du handicap, notamment pour les pathologies suivantes : l'asthme et l'allergie arrivent en tête des suivis (3100 et 1500 enfants), puis épilepsie (340 enfants) et diabète (340 enfants), puis drépanocytose (240 enfants), maladies digestives (150 enfants), maladies cardiaques (80 enfants), cancer et tumeur (60 enfants) et enfin mucoviscidose (25 enfants) et hémophilie (30 enfants).

Parmi eux, 6087 sont recensés pour maladie chronique et 222 cumulant les 2 : maladie et handicap. ⁽³⁵⁾

32 MEN pratiquent dans le Val d'Oise.

Le médecin généraliste tient un rôle de coordonnateur, contribuant aux soins et à l'accompagnement des membres de la famille dans les dimensions physiques, psychique et sociales. Le médecin scolaire, contribue à l'intégration scolaire des enfants atteints de handicap ainsi qu'à la promotion de la santé en milieu scolaire et le suivi médical des

élèves. Par conséquent ils doivent être en relation étroite pour assurer la prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire de l'enfant.

Malgré tout il semble que la communication entre ces deux intervenants principaux, au cœur de la prise en charge à la fois de l'enfant dans son environnement familial d'une part et dans son environnement scolaire d'autre part fait largement défaut. Les médecins scolaires ont à plusieurs reprises mis en évidence des failles : méconnaissances des coordonnées du médecin scolaire et de ses fonctions par le médecin généraliste, manque de temps...

Au cours de mes stages en ville, j'ai pu découvrir à quel point le médecin traitant pouvait être en grand manque d'information concernant le suivi, difficile certes mais primordial, de ces enfants en difficulté, particulièrement dans les débuts de la prise en charge ; et surtout d'être démuni devant l'incompréhension et la détresse des parents.

Il y a très peu de références faisant notion de cette communication entre ces deux branches de la médecine. Plusieurs questions restent à ce jour toujours d'actualité et non résolues : Quels sont les obstacles à la communication ? Comment améliorer la communication entre le médecin de famille et le médecin scolaire dans le cadre de la prise en charge à l'école d'enfants présentant un handicap ? Pourquoi l'améliorer ? Quelles sont les informations indispensables à communiquer entre médecin de famille et médecin scolaire dans le cadre de la prise en charge à l'école d'enfants avec un handicap ?

1.2. Choix de la méthode

Seule une étude qualitative permet de répondre au « pourquoi » ou « au comment ». En effet, on ne peut répondre à cette question par un oui, par un non, ou par un nombre.

Le comment peut être décrit par une étude qualitative descriptive ou observationnelle.

Le pourquoi quant à lui nécessite une étude qualitative critique ou interprétative. De fait, les résultats sont déjà une lecture critique de ce qui est observé.

1.3. Avantages de la méthode

L'avantage principal de cette méthode qualitative est d'être la seule susceptible de répondre à la question posée.

1.4. Inconvénients de la méthode

- Des échantillons restreints

L'inconvénient essentiel de la méthode est l'importance du matériel collecté, le matériel étant l'ensemble de informations récoltées au cours des entretiens. Ce qui oblige à travailler sur des échantillons restreints.

- Notion de transférabilité

Elle réfère à la notion de généralisation des résultats que l'on retrouve en recherche quantitative. L'une des principales critiques à l'endroit de la recherche qualitative est qu'elle produit des résultats non généralisables du fait des échantillons restreints.

- Partialité de l'analyse

L'analyse doit être la plus impartiale possible.

Cependant, une étude qualitative interprétative suppose une lecture critique du matériel obtenu lors des entretiens. En effet, les résultats sont détaillés et sont regroupés en thèmes, en sous-thèmes...

Malgré tous les efforts, les résultats ne peuvent être qu'un reflet partiel du matériel d'entretien car seuls les éléments pertinents et/ou les plus fréquemment retrouvés sont retenus.

1.5. Les biais de mon étude

- Echantillon

L'échantillon est restreint mais le nombre d'intervenants n'a pas été défini avant l'étude. Le nombre de participants a été déterminé par les résultats des entretiens.

En effet, la saturation théorique est intervenue après 10 entretiens pour les MEN, 10 entretiens pour les MG et 8 entretiens pour les parents c'est-à-dire que des entretiens supplémentaires n'ont pas apportés d'éléments permettant d'améliorer la compréhension du phénomène étudié.

Cependant, il y a des biais de sélection :

- 6 médecins généralistes sont de ma connaissance
- le médecin scolaire du bassin de Gonesse n'a pas répondu – ce bassin n'est donc pas représenté

- les MEN ont été sélectionnés par la Responsable du service de Promotion à la Santé du Val d'Oise, intéressée par mes résultats
- les parents ont été sélectionnés par des intermédiaires de la prise en charge de leur enfant (médecin scolaire, orthophoniste)

- Notion de transférabilité

La principale critique de cette étude est la difficulté de généralisation des résultats.

Certes, la sélection des médecins a répondu à différents critères : équilibre homme/ femme, équilibre sur le lieu d'exercice, équilibre sur les âges ainsi que bassin d'activité/ancienneté pour les MEN ; sexe/âge des enfants/classe intégrée/pathologie pour les parents. Cependant, le fait d'interroger des médecins généralistes, MEN et parents du Val d'Oise rend hasardeuse la généralisation des résultats à toute la France.

- Partialité de l'analyse

La plus grosse critique de cette étude est la difficulté d'impartialité. En effet, une étude qualitative interprétative est de fait sujette à l'interprétation de l'enquêteur. Pour améliorer la crédibilité de l'analyse, les données ont été analysées par plusieurs chercheurs : l'enquête et la retranscription ont été faites par moi-même ; le découpage thématique des entretiens a été supervisé par une deuxième personne n'étant pas intervenue dans les interrogatoires et dans la retranscription, en pratique mon époux, qui travaille dans un tout autre domaine que la médecine.

Cependant, le découpage sémantique et l'analyse des données ont été faits par l'enquêteur. De plus, une triangulation des sources n'a pu être mise en œuvre pour des raisons logistiques et de lisibilité des résultats. On ne peut pas vérifier ce qui est fait réellement par les médecins en pratique courante : ce qu'ils disent est pris comme tel. On ne peut pas vérifier non plus ce qu'avancent les parents dans leur histoire et leur vécu notamment.

Enfin, j'apprécie la médecine scolaire et j'ai travaillé en stage auprès de médecins scolaires, qui m'ont parlé de leurs difficultés, ce qui pourrait avoir influencé l'étude.

2. CONFRONTATION DES RESULTATS DES DIFFERENTS GROUPES

Etant donné que les résultats amènent à tirer des conclusions sur l'interaction entre différentes personnes, et afin de parfaire l'analyse, il m'a semblé judicieux de comparer et de confronter les thèmes de réponses données par les différents groupes de personnes interrogées :

- Les réponses des médecins entre eux puis
- Les réponses des médecins à celles des parents, qui eux vivent les situations au quotidien.

2.1. Les médecins

2.1.1. La communication avec les confrères

Les différents médecins interrogés, MEN comme MG, communiquent essentiellement avec les pédiatres spécialisés concernant la prise en charge des enfants atteints de maladie chronique et handicap. Il est considéré comme le premier référent car c'est lui qui établit les protocoles.

Alors que les MEN évoquent spontanément le médecin généraliste, aucun des MG ne fait allusion au MEN comme correspondant ce qui est très surprenant. Ce qui l'est encore plus, c'est que tous admettent que la communication de façon générale est primordiale, ou tout du moins importante.

Les MG parlent d'une communication insuffisante avec les confrères spécialistes et évoquent la pénibilité des échanges lorsqu'il n'y a pas de retour. Les MEN font ce même type de remarque mais ce à l'encontre des médecins généralistes. Tous deux « souffrent » donc réellement d'un manque de communication mais pas sur les mêmes points ni avec les même confrères. Cela donnent l'impression qu'ils ne se voient pas ou ne se croisent pas dans leur pratique et ont des métiers en « parallèle ».

2.1.2. Comment communiquent ces deux médecins ?

Il ressort clairement de l'étude que ces deux médecins ne communiquent pas ou très peu. Les relations sont inexistantes, insuffisantes. Les moyens de communication énoncés de manière commune restent le PAI, le carnet de santé et le téléphone. Le carnet de santé est globalement considéré comme insuffisant par les deux catégories de médecins même

s'il est encore utilisé majoritairement. Les deux catégories de médecin notent à l'intérieur, sans pour autant rentrer dans les détails, les comptes rendu étant la référence en termes d'information complète.

Quand ils communiquent, les relations sont bonnes sauf mauvaises expériences rencontrées surtout du côté MEN qui ont l'impression de ne pas exister aux yeux du MG. Les MEN pensent que cette communication n'est pas une priorité pour les MG, ces derniers manqueraient d'intérêt pour leur discipline, ce qui a été confirmé seulement par 2 MG. En effet, lorsque les MG parlent des freins à la communication, ils disent qu'ils n'en ont pas eu besoin, que le MEN ne fait pas partie de ses correspondants, qu'ils n'ont pas eu d'occasion. Ce sont des causes plutôt « internes » c'est à dire qui sont maîtrisables par le MG et de ce fait sur lesquelles on peut agir plus facilement à mon sens. Par ailleurs, les MG ont globalement une image assez négative de la discipline car méconnue.

Si les MG ont une image négative de la médecine scolaire, il en est de même dans l'autre sens : pour les MEN, les MG sont surbookés, en constante réponse à des demandes et confrontés à une masse de travail importante.

Il semble que les MEN soient plus dans l'attente que les MG : attente d'un retour téléphonique, attente que le PAI soit rempli, attente d'un suivi pour l'enfant. Par ailleurs, ils parlent plus facilement de complémentarité avec les MG. Tout ceci ne se retrouve pas du tout du côté MG.

Cependant, les MEN avouent facilement « squizzer » le MG. Il n'est pas convié aux réunions d'équipe éducative ou EES ni même sollicité de façon systématique.

De façon plus générale, les freins à la communication communément retrouvés pour les deux catégories de médecin sont majoritairement la méconnaissance de la médecine scolaire et le manque de temps et de disponibilité du MG. Le secret médical n'est globalement pas un frein à la communication.

Ils sont favorables au développement de ces relations, dans l'intérêt de l'enfant, et proposent de mieux se connaître :

- tous deux sont d'accord pour que le MG ait les coordonnées du MEN ce qui implique que le MEN se présente à eux et ce, plus particulièrement par un courrier,
- ils proposent des réunions d'échanges, et là encore une organisation est nécessaire pour qu'il n'y ait pas d'absents

- par le biais de formation :
 - les internes de médecine générale sont un bon moyen : d'une part pour apprendre aux jeunes générations certes, mais en plus car ils sont présents à la fois au cours d'un même semestre en médecine scolaire et en médecine de ville notamment en SASPAS et donc peuvent faire le lien entre les deux médecins rien qu'en parlant de leur stage.
 - Faire connaître la médecine scolaire en la présentant à des médecins en activité ou à la faculté (MEN 8, MG 5, MG 9)
- Les informations indispensables à communiquer sont : dans le sens MG→MEN, le dossier médical, contexte social et situation familiale, les MEN rentrant souvent en contact avec les MG pour un éclaircissement sur un dossier ; l'évolution à l'école et son regard sur l'enfant dans le sens MEN→MG.
Tout ceci semble logique en théorie mais n'est pas du tout effectué en pratique.

2.1.3. Caractéristiques des médecins

2.1.3.1. Les médecins scolaires

Il est intéressant de préciser que tous les MEN sont des médecins généralistes de formation initiale et travaillent tous dans un rayon d'activité proche des MG. Ils ont un secteur d'activité très large (environ une trentaine d'école en moyenne pour chacun).

2.1.3.2. Les médecins généralistes

Les MG disent tous avoir un ou plusieurs domaine(s) de prédilection et la pédiatrie en fait partie pour tous les participants. Un des MG travaille en crèche une fois par semaine. Ma question et donc la suivante : pourquoi un médecin généraliste aimant la pédiatrie ne connaît-il pas le médecin scolaire ? Un médecin s'intéressant à la pédiatrie est-il conscient de toutes les problématiques qui découlent de la recherche du bien être de l'enfant à l'école et des installations mises en place ainsi que les enjeux que cela représente ?

Les jeunes médecins généralistes ont été beaucoup plus sensibilisés à mon sens, et n'avaient pas besoin de questions de relance pour le déroulement de l'entretien ni même pour proposer des solutions pour l'amélioration des relations. Ils étaient plus ouverts à la problématique et enclin aux améliorations, notamment les plus jeunes qui ont

travaillé en stage en médecine scolaire dans le cadre de leur SASPAS. La faible taille de l'échantillon n'a pas permis de confronter ses propos à ceux d'autres jeunes médecins généralistes.

1 médecin généraliste a pour formation initiale un master de santé publique : il est intéressant de noter qu'il ne connaît pas de médecin scolaire ni ses missions : « en santé publique je n'ai jamais entendu parler du médecin scolaire » (MG 5). A l'heure actuelle, je ne comprends pas du tout comment cela est possible...

1 autre médecin généraliste a failli être médecin scolaire mais n'a pas sauté le pas faute de « lourdeur » administrative.

Je précise que la sélection des médecins généralistes a été beaucoup plus difficile que celle des médecins scolaires. En effet, d'une part parce qu'il fallait faire une recherche à partir des pages jaunes et qu'ils sont plus nombreux que les médecins scolaires sur le département. Pour la sélection des MEN, un listing m'a été remis. D'autre part, pour la plupart des MG que j'ai contactés, j'ai eu de multiples refus, pour différentes raisons, ou alors j'ai été confrontée à la « barrière » du secrétariat. Un déplacement par moi-même dans différents cabinets aurait pu améliorer le premier contact et permettre de présenter de vive voix le projet mais cette démarche m'a semblée bien trop fastidieuse, d'autant plus que j'étais enceinte à ce moment. Ce qui ne m'a pas empêchée toutefois de faire les entretiens lorsqu'un rendez-vous était fixé, lorsque j'étais attendue et par conséquent bien accueillie.

2.2. Les parents versus médecins

Les parents se sont montrés particulièrement « bavards » sur ce sujet et particulièrement enclins à parler de leurs expériences. Les entretiens étaient plus longs que prévus, certains pouvant aller jusqu'à 50 minutes.

2.2.1. Qui prend en charge l'enfant ?

Pour autant les parents ont une bonne appréciation de leur médecin généraliste, c'est un personnage important qui a un rôle de présence au quotidien, de soutien, d'écoute. Leur MG doit savoir gérer le quotidien, notamment gérer les infections aiguës ; faire le diagnostic, faire le lien avec les spécialistes. Selon eux, il tient ou devrait tenir un vrai rôle de coordonnateur.

Quant au médecin scolaire, les parents ont affaire à eux, il est connu. Il est particulièrement bien perçu et identifié lorsqu'il est présent et actif au sein des réunions d'équipe éducative et lorsqu'il soutient l'enfant et donc les parents. Ils ne connaissent pas réellement ses fonctions et ses missions au sein de l'école ni comment il est présent sur les établissements. Chacun fait cependant part de ses expériences qu'elles soient bonnes ou mauvaises.

2.2.2. La prise en charge en ville

La majorité des parents disent avoir manqué d'aide en ville et par conséquent avoir fait de nombreuses démarches seuls. Les prises en charges étant parfois lourdes, ils sont volontaires pour tout ce qui pourrait ou aurait pu améliorer leur quotidien. Par contre, les médecins de leur côté parlent d'une bonne prise en charge de ces enfants. C'est alors que les deux thèmes de réponses s'opposent et les parents ne voient certainement pas les choses de la même façon que les médecins. On pourrait aussi se demander par ce qu'entend le médecin par « une bonne » prise en charge. Intègre-t-elle la prise en charge psychologique ou l'assistance ou bien concerne-t-elle seulement le côté médical et curatif ? Ou les deux ? Un seul médecin a parlé de la mauvaise prise en charge psychologique.

Le temps passé en consultation de ville pour ces enfants est sensiblement le même, qu'il soit évoqué par le MG, le MEN ou le parent. Un temps plus long est accordé en fonction de la demande et de la difficulté du cas. Ceci dit, les parents sont dans l'attente d'un temps dédié, un temps particulier où le médecin s'intéresserait à leur problématique. L'attente des parents ne se situe donc pas en quantité mais en qualité des rapports.

La prise en charge semble complexe dans certaines situations notamment lorsque la communication avec les parents est difficile par le faible niveau d'éducation des parents ou la barrière de la langue. Ce thème est abordé mais très ponctuellement par les médecins. Il n'y avait pas de question de relance pour les médecins comme « la barrière de la langue avec les parents est-elle un frein pour vous ? ». En effet, le débat était principalement axé autour de la communication avec les médecins et pas autour de la communication avec les parents. Ce qui pourrait faire l'objet d'étude ultérieure.

2.2.2.1. *Le lien médecine scolaire/médecine de ville ?*

Il n'y a pas de communication entre médecine scolaire et médecine générale d'après les parents ; ils affirment faire parfois eux même le lien. Les parents viennent ainsi confirmer ce qui ressort des entretiens médecins.

Ils sont tout aussi d'accord que les médecins pour améliorer cette relation car ils sont conscients que les deux médecins connaissent l'enfant même si c'est sous des aspects différents. Ils insistent sur la vision globale qu'aurait leur MG concernant leur enfant.

S'il ressort clairement des entretiens médecins qu'une bonne communication bénéficie à l'enfant, ceci est moins évident quand il s'agit du bénéfice apporté aux parents. En effet, contrairement aux médecins, les parents insistent beaucoup sur cette notion de « poids », de temps passé aux démarches et sont convaincus que l'amélioration des liens MEN/MG leur faciliterait la tâche à eux, parents. Les parents sont bien souvent confrontés aux difficultés de leurs enfants et se sentent impuissants et « démunis ». Ils sont bien souvent contraints de se substituer à différentes aides qu'on pourrait leur apporter. Certains avouent d'ailleurs « squizzer » eux aussi le médecin généraliste et ne le cantonner qu'aux aides du quotidien (faire les ordonnances, soigner les pathologies aiguës...). Ils ne perçoivent pas le manque de temps et de disponibilité dont parlent les médecins ou tout du moins cela ne ressort pas au cours des entretiens.

Les questions qui en découlent sont nombreuses : comment cela se passe-t-il dans le relationnel en pratique : sont-ils dans l'attente d'un premier pas de la part de leur médecin ? Faut-il que le médecin prenne les devants ? Le médecin se sent-il capable de gérer ce genre de problème ? Le parent sent-il le médecin généraliste capable de gérer leur enfant ? N'y aurait-il pas un problème de formation comme ont pu le dire certains médecins généralistes ? Les médecins se fient-ils vraiment aux dires des parents ?

Les parents ne voient pas les médecins comme les médecins peuvent se voir entre eux : les parents ne savent pas quelles sont leur formation ni leur point commun, ne savent pas vraiment comment chacun peut en arriver là où il est, ni comment il peut intervenir, cela ne semble pas important pour eux. Cependant, ils voient ce qui est fait pour eux et leur enfant, et si c'est bien fait, ils apprécient ; si c'est mal fait ils le vivent très mal et s'en souviennent à long terme.

2.2.2.2. Comment améliorer la communication MG/MEN ?

La communication par téléphone serait déjà un grand pas que ce soit en fréquence plus rapprochée ou sur une durée d'entretien plus longue. Il n'est pas ressorti des entretiens parents une quelconque opposition à communiquer des informations sur leur enfant. D'ailleurs, les informations à communiquer avancées par les parents sont les mêmes que celles qui ont été énoncées par les médecins.

La participation des médecins généralistes aux réunions d'équipes éducatives serait aussi appréciée. La transmission du compte rendu de cette réunion a aussi été évoquée.

2.2.3. Caractéristiques des parents

Tous les parents rencontrés étaient des mamans. Non pas que le papa ait été volontairement exclu mais les coordonnées qui m'étaient transmises pour que je rentre en contact avec eux étaient celles de la maman. Qu'en est-il de la perception du papa ? Les dires de la maman seule reflètent-elles véritablement le vécu des parents ?

D'autre part, la prise en charge des enfants a pu être différente, non pas par le simple fait des médecins mais aussi en fonction de l'époque. Par exemple, les enfants qui sont actuellement âgés de 18 ans ne peuvent pas avoir eu la même prise en charge que les enfants qui ont actuellement 5 ans. Les mentalités ont évolué et les prises en charge ont évolué également, notamment par la loi de Février 2005 et de la reconnaissance du handicap. Du moins c'est ce que je suppose.

3. MISE EN PERSPECTIVES AVEC LA LITTÉRATURE

Comme ont pu l'affirmer majoritairement les parents, le médecin généraliste tient toujours cette image de médecin proche du patient, « *répondant aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques (et) psychologique...* » (Définition de la Wonca).⁽⁵⁾

Pour autant, il n'est pas systématiquement le « coordonnateur », « le chef d'orchestre », comme on s'attendrait à le voir : on attend de lui qu'il le soit mais en pratique ce n'est pas toujours le cas, faute de communication comme l'étude a pu le révéler. De plus le statut de « médecin traitant », 10 ans après son instauration, est toujours en cours d'aboutissement tant sur le plan médical que économique.⁽³⁹⁾

Ce sentiment d'être un « gratte papier »⁽⁸⁾ ressort de l'étude notamment avec la rédaction des PAI et le manque de retour de la part des médecins scolaires. En effet, le médecin généraliste est dès lors et malgré lui intégré à un lieu qu'il ne connaît pas ou très mal : il ne connaît pas le médecin scolaire ni la médecine scolaire ni l'évolution de l'enfant à l'école ; il se retrouve à écrire un document, le signer, sans visualiser le médecin qui recevra ce document ni de ce qu'il aura comme conséquence à l'école pour l'enfant. En plus de cela, il n'y a aucun retour de la part du médecin scolaire. Ce point qui me semble capital peut expliquer la non communication entre ces deux médecins.

L'étude, même si elle ne peut se généraliser, vient confirmer l'absence de synergie entre les acteurs de la prise en charge de l'enfant. Guy Robert dans une note d'IEANA en Novembre 2003 faisait déjà part de cet état de fait. Par ailleurs, le médecin scolaire ne fait toujours pas partie des correspondants « évidents » comme on a pu le retrouver dans Etude et Résultats 2008. ⁽⁶⁾

Dans Etude et Résultats 2008, « *la communication écrite entre le MG et son confrère est utilisée dans 95% des cas* » : quand la communication existe entre le MG et le MEN, notre étude a montré que la communication est principalement écrite (PAI pour le MG, courrier pour le MEN, carnet de santé pour les deux). Cependant, notre étude montre que le téléphone tient également une grande place.

Quant au carnet de santé, à aucun moment dans les entretiens les mots « irremplaçable » ni « indispensable » ⁽¹²⁾ n'apparaissent, sauf une fois (MG1). Il est qualifié d'insuffisant, tout du moins pour la communication avec le MEN. Les « omissions » de données médicales ne sont retrouvées que chez certains médecins scolaires, et certains médecins généralistes, ou tout du moins c'est ce qu'ils disent, on ne peut pas être certains à 100% de ce qu'ils avancent. La méthodologie de l'étude peut faire en sorte de minorer cette tendance : ce n'est pas parce que un médecin ne parle pas de ces omissions qu'il ne les fait pas pour autant et la question « faites-vous des omissions? » ne faisait pas partie des questions de relance. Par ailleurs, du côté parent, il est vrai qu'à la question « apportez-vous systématiquement le carnet de santé aux médecins ? » les parents répondent majoritairement « non » et certains rajoutent même qu'il n'est pas demandé voire même pas regardé...

La communication plus spécifique entre médecin généraliste et médecin scolaire a été plus spécifiquement abordée dans des mémoires de médecins scolaires en vue de la

finalisation de leur cursus. La *méconnaissance réciproque* a été abordée par Chantal Chaumont ⁽¹⁵⁾ et particulièrement *la méconnaissance des personnes, de leur lieu d'exercice, des fonctions et des missions de chacun, les fausses représentations des métiers, la formation médicale défailante* :

- Il semble que la *méconnaissance* n'est pas réciproque, c'est uniquement la méconnaissance de la médecine scolaire qui dans notre étude ressort clairement. En effet, le MEN connaît quand même le MG alors que le médecin scolaire ou la médecine scolaire est quasiment inconnue du MG. Les fausses représentations ressortent que ce soit des entretiens MG ou MEN mais ils ne sont pas majoritaires et dans l'étude ne sont pas significatifs. Les MG ont d'ailleurs tendances à trouver que les MEN font probablement bien leur travail mais ils ne savent pas en quoi ça consiste : ainsi cela nous amène à nous demander s'ils disent vraiment ce qu'ils pensent...
- *La formation médicale défailante* ressort des entretiens de MG, et constitue pour eux même un frein non négligeable à la communication

Un autre point est mis en avant dans son mémoire : Les difficultés d'organisation (moyens de communication, charge de travail de chacun et manque de temps, temporalité du travail) et enfin les difficultés confraternelles et relationnelles (peu de rencontres professionnelles, problème du secret médical). Le Turn Over des MEN et le faible effectif sur certains secteurs sont aussi incriminés :

- *Le manque de temps et la charge de travail* est un argument qui ressort clairement de notre étude mais surtout concernant le MG et les deux types de médecins sont d'accord sur ce point.
- *La temporalité du travail* est un argument qui n'a pas été retrouvé assez fréquemment pour pouvoir ressortir de l'étude, il n'a été abordé que deux fois par les MG. Cela concerne les horaires d'école et les horaires du MG qui sont peu compatibles.
- *Difficultés confraternelles et relationnelles : peu de rencontres professionnelles, problème du secret médical* : il n'est pas ressorti clairement qu'il y ait eu de problèmes relationnels sauf quelques mauvaises expériences ; il n'y a cependant aucune rencontre professionnelle. Ce dernier point est envisagé sur son versant

positif dans notre étude : il est abordé comme un moyen d'améliorer leur relation et non comme un frein à la communication.

➤ *Le secret médical* n'apparaît pas comme un problème

Il est ressorti également que les MG travaillent plutôt en partenariat avec les spécialistes qu'avec les médecins scolaires dans les situations de handicap (94,1% versus 11,8%)... Le MEN travaille dans les mêmes proportions avec les spécialistes : ce qui se retrouve aisément dans notre étude.

Les raisons évoquées par les MEN à la non communication dans ce mémoire sont : le MEN craignant d'être considéré comme un « contrôleur » par le MG, le fait que les enfants sont souvent suivis par un spécialiste plutôt que par le MG ; perçu comme « incompetent » à résoudre certains problèmes, il « paraît indisponible » du fait de l'absence de « points de contact ». Elles n'ont pas été retrouvées dans notre étude du fait probablement qu'elles soient trop subjectives.

Enfin tout comme dans notre étude, les deux catégories de médecins se sont montrées fortement favorables au développement des relations entre MEN et MG, et pensent que ces relations pourraient améliorer le suivi médical des enfants. Les MEN sont généralement bien accueillis.

Le Turn Over des MEN et le faible effectif est un problème qui dans notre étude a été sous-entendu par les MEN mais qui n'est pas ressorti comme un frein à la communication. Par contre, le fait que le MEN soit présent sur plusieurs sites et méconnu l'induit à « devoir » se présenter à ses confrères médecins généralistes plutôt que l'inverse. Ce dernier point a été particulièrement retrouvé dans le mémoire d'Anne Bailly ⁽¹⁶⁾, qui met en évidence un manque de communication entre le MG/MEN dans le département de la Drome.

Contrairement à ce qui est ressorti de l'étude d'Anne Bailly, dans notre étude le PAI est plutôt bien connu des MG, ce qui peut être expliqué par les époques auxquelles les études ont été réalisées (respectivement 2004 et 2006). En effet, aujourd'hui, le PAI est vulgarisé même s'il n'est pas forcément rempli correctement comme l'a pu le montrer Laurène Riou dans sa thèse sur l'élaboration des protocoles d'urgence pour les enfants asthmatiques.⁽⁴⁰⁾ De plus, les protocoles sont bien souvent différents d'un médecin à un

autre car il y a à mon sens des problèmes de mise à jour des connaissances. La proposition d'un protocole tout prêt a ainsi été évoquée.

Des propositions sont faites pour rapprocher les médecins dans ces études notamment de communiquer les coordonnées du MEN, et organiser des rencontres, tout comme dans notre étude. La formation continue a été abordée dans notre étude mais n'est pas unanime.

Enfin, dans ces mémoires, les parents n'ayant pas été intégrés à ces études, il est difficile de comparer leurs réponses.

4. PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

4.1. Un travail conjoint

La médecine scolaire et la médecine générale ne s'organisent pas de la même façon en ville. Les médecins scolaires et les médecins généralistes n'ont pas du tout les mêmes missions même s'ils ont la même formation initiale. Leur seul point commun est l'enfant qu'ils suivent, plutôt chacun de leur côté ce qui est fort regrettable. Un travail conjoint est plutôt bien accepté mais des difficultés existent bel et bien.

4.2. Se faire connaître, une évidence

Le PAI est connu mais est un intermédiaire bien trop inopportun pour établir un lien entre ces deux médecins. Le carnet de santé n'est pas beaucoup plus apprécié et fait preuve de bien trop de failles. Il semble ne pas être du tout adapté à la prise en charge d'enfants atteints de maladie chronique et/ou handicap : les médecins ne les remplissent pas forcément, ils ne sont pas lus de façon systématique, les informations qu'ils contiennent ne sont pas exhaustives, il passe dans de trop nombreuses mains...et les autres acteurs de la prise en charge tel que des paramédicaux (orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens etc...) n'y ont pas systématiquement accès.

Un courrier de présentation du MEN à ses confrères peut être réellement intéressant. C'est un moyen simple et vraiment efficace pour se faire connaître Elle nécessite bien entendu une réelle motivation de la part des MEN pour créer le lien. Ce pourrait être en

premier lieu avec les médecins généralistes référents des enfants en difficultés à l'école avant d'étendre davantage.

Quant aux réunions professionnelles, il me semble que cela apporterait « un plus » à la relation, compte tenu que les personnes se seraient vues au moins une fois et auraient échangé directement plutôt que par écrit. La fréquence de ces rencontres devrait être déterminée en fonction des attentes de chacun et des difficultés ressenties avec un certain nombre de cas.

4.3. Un nouveau support pour améliorer le suivi de l'enfant

Le carnet de santé n'étant clairement pas adapté à la prise en charge des maladies chroniques et du handicap des enfants, un nouveau support de communication pourrait être d'une utilité non négligeable, tant pour les médecins que pour les parents.

Certains médecins et parents ont proposé le support internet : mail, information sur les différentes professions, une discussion s'est même engagée avec un parent sur un dossier virtuel via clé USB ou site internet bloqué. On pourrait y trouver une partie médicale regroupant un résumé de la pathologie de l'enfant et ses prises en charges puis encarts multiples où tous les intervenants pourraient noter les informations importantes qu'il souhaite communiquer pour tous les autres ; et une partie parents où ils pourraient noter leurs difficultés, les améliorations de l'enfant à la maison...Ceci pourrait aussi exister sous format papier, une sorte de carnet avec onglet rempli par chaque intervenant de la prise en charge de l'enfant..

L'idée d'une fiche navette a été proposée mais pas de façon systématique ; les échantillons étant trop restreints, on ne peut pas tirer de conclusions.

Je pense qu'un nouvel outil serait réellement utile, car il soulagerait non seulement les parents, qui ne seraient plus obligés à chaque consultation de rapporter l'intégralité du dossier médical ou alors de tout ré expliquer au nouveau médecin qu'ils rencontrent, mais aussi les médecins, pour une meilleure vision globale de l'enfant et de l'avancement de sa prise en charge. Cela ferait gagner un temps précieux à tout le monde. Encore faut-il que les différents intervenants notent les informations et que les parents le présente.

4.4. Des supports financiers

Bien sûr tout cela représente un certain coût et un investissement de la part des collectivités. Qui serait prêt à investir dans cet outil : la MDPH ? Manifestement non

selon Annie Floc'hlay qui travaille actuellement à la MDPH. Le conseil Général ? A l'heure actuelle je n'ai pas de réponse à apporter.

La présence des médecins aux réunions d'équipe éducative au sein de l'école est fortement appréciée. Encore faudrait-il qu'ils y soient conviés que ce soit par les parents ou par le médecin scolaire. A mon sens, s'il existait une réelle articulation entre les deux médecins, la présence du MG serait évidente et n'appellerait pas à une « invitation ». Malgré tout, la présence à ces réunions demande un certain investissement personnel : le médecin généraliste ne peut pas être présent à la fois à son cabinet et à ces réunions. Une rémunération à l'acte serait alors une démarche intéressante. Un parent dit même payer son orthophoniste le prix d'une consultation à chaque fois qu'elle participe aux réunions.

Une consultation dédiée en cabinet de médecine générale, cotée par la sécurité sociale, représenterait aussi un certain coût.

4.5. Une consultation dédiée

Comme on peut le faire pour le diabète, l'HTA ou toute autre maladie chronique de l'adulte, une consultation dédiée à ces enfants atteints de maladie chronique et/ou handicap en cabinet de médecine générale me semble aussi une bonne idée. Ce serait une ou des consultation(s) centrée sur la pathologie initiale de l'enfant et sur son évolution ainsi que toutes les difficultés qui en découlent afin de faire une mise au point, cerner l'évolution de l'enfant tant sur le plan médical que sur le plan scolaire, aider aux démarches administratives notamment pour les dossiers de la MDPH ou la rédaction du PAI, rentrer en lien avec différents intervenants si nécessaire, soutenir les parents...etc...Des consultations régulières étaient prévues dans la loi de 2007 pour tous les enfants âgés de 6, 9, 12 et 15 ans mais il n'y a pas eu de décret d'applications.

4.6. La médecine scolaire valorisée

La médecine scolaire fait partie des rares spécialités de la médecine à exercer en ville et à ne pas être valorisée. Le rapport d'information à l'Assemblée Nationale enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 17 Novembre 2011⁽³⁸⁾ faisait déjà mention de cet état de fait. Le « vivier » de candidats à cette carrière est quasi épuisé, des études *« démontrent un mouvement de déclin sur le long terme de (cette profession) de médecine préventive, qui n'arrive plus aujourd'hui à puiser dans le vivier des médecins généralistes*

qui fut (sa) principale source de recrutement ». L'attraction des jeunes médecins pour la discipline va en diminuant, due d'une part à des conditions de rémunérations fortement défavorables, notamment en comparaison avec d'autres médecins de la santé publique et d'autre part à une mauvaise reconnaissance sociale qui n'est pas en accord avec son investissement : « *une reconnaissance sociale qui n'est pas à la hauteur des enjeux sanitaires auxquels les personnels de santé scolaires sont confrontés ... la création d'un diplôme universitaire spécifique que les plus volontaires pourraient souhaiter passer, serait perçue positivement* ».

Je ne vois pas quelle autre spécialité médicale est aussi méconnue des médecins à ce jour, tout particulièrement des médecins généralistes. Il est aussi très étrange qu'ils ne soient pas « autorisés » à prescrire, ceci dépendant de certains accords passés avec les CPAM de chaque département, pour des raisons de non concurrence.⁽³⁹⁾ En effet les avis médicaux émis par un médecin scolaire doivent être confirmés par une seconde visite chez le médecin généraliste. Ces avis concernent bien souvent des bilans médicaux (notamment bilans orthophoniques) que le médecin scolaire pourrait aisément prescrire lui-même sans que les parents aient à passer par le médecin généraliste. Il pourrait en être de même pour des prescriptions d'ordre médicamenteux.

Un rattachement de la médecine scolaire au ministère de la santé est une solution envisagée actuellement mais fait encore débat à ce jour, d'autant plus que l'histoire de la médecine scolaire a déjà démontré l'échec de cette tentative. Les avantages sont multiples : cohérence des programmes et des actions menées, l'inscription de la santé scolaire dans une politique globale de santé publique et la coordination accrue des acteurs pour le suivi et l'accompagnement des élèves. Mais il y existe des inconvénients : coupure de la santé scolaire avec la politique éducative et tendance à la médicalisation de la santé et du bien-être de l'élève.⁽⁴⁵⁾

Il y a malheureusement un risque que cette discipline disparaisse à mon sens si elle n'est pas (re) valorisée ! Mais qui tiendra leur rôle...?

4.7. Le médecin traitant pour l'enfant

Il n'existe pas de mesure de déclaration de médecin traitant pour l'enfant. Pour autant le médecin généraliste de la famille reste « le » médecin traitant aux yeux des parents. Lui donner la possibilité de centraliser, et ce d'une meilleure façon, les informations concernant la prise en charge de l'enfant me semble une bonne initiative.

Mais cette notion de médecin traitant (ou médecin référent, car il peut s'agir aussi d'un pédiatre) pour l'enfant reste encore à débattre : à qui bénéficierait cette démarche ? Un parent qui consulte plusieurs médecins se verra pénaliser si l'enfant « sort » du parcours de soin coordonné, donc ce sera encore lui qui « paiera », en plus des difficultés rencontrées pour la prise en charge de ces enfants. De plus, le Syndicat National des Pédiatres Français (SNPF) s'oppose à toute « *contrainte de désignation d'un médecin traitant* » et réclame le maintien du système actuel qui préserve un accès libre à la pédiatrie, « *dans un souci d'égalité d'accès aux soins* ». ⁽²⁴⁾ Les raisons avancées par Francis Rubel, président du SNPF sont d'une part, qu' « *il n'y a pas assez de pédiatres pour assurer un suivi de la santé des mineurs de 0 à 16 ans* » et d'autre part que « *les médecins généralistes ne sont pas assez formés pour faire de la pédiatrie. Leurs formations en pédiatrie sont faites par des généralistes... Suivre la santé des mineurs est quelque chose de complexe et il est nécessaire d'être bien formé* ». ⁽²⁶⁾

Le Syndicat des Médecins Libéraux s'oppose également à cette mesure la considérant comme « clientéliste » ; il est opposé à un « *parcours de soins contraints* » et laisserait le libre choix aux parents jusqu'aux 16 ans de l'enfant. ⁽²⁵⁾

Enfin, il faudrait davantage d'outils proposés au médecin généraliste pour effectuer un réel parcours coordonné pour cet enfant, comme pour l'adulte d'ailleurs. Le dossier médical patient pour l'adulte, même s'il reste encore fortement suggéré par la Cour des Comptes dans une publication de février 2013 « *Le médecin traitant, une réforme inaboutie* » ⁽³⁹⁾, reste encore inachevé alors pour l'enfant qu'en sera-t-il ? On en revient donc toujours au problème du support nécessaire à une bonne coordination, et toujours dans l'intérêt du patient.

Ce sujet fait partie du 4^e chapitre de l'avant-projet de loi de santé publique, présenté officiellement le 17 Juin 2014 par Marisol Touraine.

4.8. Nouveaux modes de rémunération

Des expérimentations sur de nouveaux modes de fonctionnement entre les professionnels de santé ont été menées par l'ARS depuis 2008, et le sont toujours car elles ont été récemment prolongées jusqu'en 2014. Cela consiste pour les professionnels, surtout les plus jeunes, à se regrouper. Cela ouvre ainsi la possibilité de procéder à de nouveaux modes de rémunérations, ceux-ci pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte dont il a été constaté qu'il ne favorisait pas de nouvelles répartitions

des tâches entre professionnels, ni le développement de nouveaux services adaptés aux besoins des patients. Ainsi ce nouveau mode d'exercice favoriserait les échanges et la coordination entre les professionnels de santé et permettrait une meilleure prise en charge médicale des patients. Il encouragerait une meilleure coopération entre professionnels, il permettrait de développer des services innovants pour les patients comme la prévention, l'éducation à la santé, mais aussi l'accompagnement des patients dans leurs démarches administratives (ouverture de droits), l'orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, la prise en compte de la santé des aidants familiaux. ⁽⁴²⁾

Entrées dans leur phase opérationnelle le 1er janvier 2010, elles concernent, selon l'ARS, désormais près de 150 structures pluri-professionnelles de 1er recours réparties sur l'ensemble du territoire (maisons, centres, pôles et réseaux de santé) et permettront d'évaluer dans quelle mesure d'autres modes de rémunération favorisent la qualité et l'efficience des soins de 1er recours notamment par certaines pratiques innovantes, surtout dans le domaine de la prévention.

Il serait bon de rentrer notre problématique dans ce genre d'expérimentation si elles sont poursuivies. En effet, la communication entre le médecin scolaire et le médecin généraliste n'est qu'un paramètre à la prise en charge de l'enfant atteint de maladie chronique et/ou handicap. Si l'on reprend les remarques de l'ARS, ici elles s'appliqueraient parfaitement dans le cadre d'une consultation dédiée avec l'enfant et ses parents en cabinet, prévue pour faire, en continuité avec le travail effectué en médecine scolaire :

- De la prévention et de l'éducation à la santé,
- A l'accompagnement des enfants et des parents sur le plan des démarches administratives: demande à la MDPH, demande de prise en charge à 100%,
- Leur orientation dans le système de soin ce qui comprend les spécialistes médicaux et chirurgicaux, les paramédicaux
- La prise en compte de la santé des aidants familiaux, soit dans notre cas, de l'assistance aux parents, notamment sur le plan psychologique

4.9. Savoir déléguer

La prise en charge médicale de l'enfant, comme pour celle de l'adulte, revient à s'organiser entre différents intervenants (médecins, paramédicaux...). C'est la prise en

charge pluridisciplinaire comme j'ai évoqué son importance plus haut. Cela implique bien évidemment une bonne articulation entre tous mais aussi de savoir déléguer. En effet, il s'agit de savoir quelles sont les limites propres à chacun. Le médecin généraliste doit certes avoir une connaissance générale de la médecine mais cela implique aussi qu'il ne peut pas tout connaître parfaitement. Les confrères dont il s'entoure pour ces prises en charges est alors primordiale car chacun guide l'autre dans ses démarches et ce pour le bien être de l'enfant bien sûr. Il faut donc savoir déléguer.

CONCLUSION

La prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique est assurée par un ensemble de professionnels de santé en ville. La communication entre tous ces professionnels est primordiale pour assurer à l'enfant la meilleure intégration possible dans son environnement scolaire et lui permettre de suivre l'école comme tous les autres enfants. Le médecin généraliste et le médecin scolaire appelé médecin de l'Education Nationale, sont au plus proches de l'enfant puisque le premier gère l'enfant en ville, sur le plan médical mais aussi familial et le second gère les problématiques au sein même de l'établissement. Pourtant, leur communication fait défaut.

Dans cette étude qualitative, j'ai tenté d'explorer le positionnement et les pratiques des médecins généralistes et des médecins de l'Education Nationale dans leur communication ainsi que le vécu et les attentes des parents d'enfants atteints de maladie chronique et/ou handicap dans le Val d'Oise. Des entretiens semi dirigés ont été passés avec des médecins généralistes, des médecins de l'Education Nationale et des parents.

Il est ressorti de cette étude que les médecins généralistes et les médecins de l'Education Nationale ne communiquent pas ou très peu. Ils communiquent essentiellement par téléphone, courrier du médecin scolaire ou carnet de santé. Les relations sont inexistantes, insuffisantes. Les freins à la communication sont principalement la méconnaissance de la médecine scolaire et le manque de temps et de disponibilité du médecin généraliste. Le manque de retour de la part du médecin scolaire et aussi un point capital qui pourrait expliquer la non communication. Le secret médical n'est globalement pas un frein à la communication. Le carnet de santé n'est pas du tout adapté pour les échanges et pour la prise en charge de l'enfant atteint de maladie chronique et/ou de handicap. L'intérêt de l'enfant est l'argument majeur pour améliorer les relations entre ces deux médecins et ils y sont tous deux favorables et proposent de mieux se connaître : par des réunions d'échanges, par un courrier où figurent les coordonnées du médecin scolaire et par le biais de formation à la faculté. Le médecin scolaire attend que le médecin généraliste lui transmette le dossier médical de l'enfant et le médecin généraliste attend que le médecin scolaire lui transmette l'évolution de

l'enfant au sein scolaire ce qui est une évidence à priori mais qui ne l'est pas du tout en pratique courante.

Du côté des parents, ils disent que leur enfant est principalement pris en charge par les spécialistes puis par le médecin généraliste et le médecin de l'Education Nationale. Ils manquent ou ont manqué d'aide en ville pour la prise en charge de leur enfant et font souvent eux même le lien entre les divers intervenants. Ils confirment le manque de communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire et proposent au moins un échange téléphonique et au plus une participation aux réunions d'équipe éducative au sein de l'école.

Cette étude a permis de sensibiliser ces deux professionnels de santé à l'intérêt d'un travail conjoint pour améliorer leur communication afin de mieux prendre en charge l'enfant handicapé et/ou atteint de maladie chronique scolarisé. Le carnet de santé n'étant pas du tout adapté pour ces échanges, un nouvel outil de communication pourrait être tout à fait utile, comme un carnet à plusieurs onglets pour chaque intervenant. Il pourrait être physique ou virtuel. Des supports financiers, ainsi qu'une consultation dédiée à l'enfant, la revalorisation de la médecine scolaire, un médecin traitant pour l'enfant, un nouveau mode de rémunération sont des propositions pour l'avenir pour améliorer la prise en charge de ces enfants en ville.

Des études ultérieures portant sur le vécu des parents, la communication entre médecin et parents, ou des études à plus grandes échelles pourraient être un bon moyen de compléter cette étude.

La création d'une maquette d'un nouveau support, comme celui suggéré plus haut est envisagée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Des soignants s'entendent localement et s'entendent ensemble. *Revue Prescrire*, Août 2012, Tome 32, n°346, pp.598-599.
2. CASANOVA Fanny - La coopération interprofessionnelle: quelle drôle d'idée ! - *La Revue du Praticien de Médecine Générale*, Janvier 2012, Tome 26, n°873, p.38.
3. Synergie - *Revue Prescrire*, Août 2012, Tome 32, n°346, p.600.
4. Médecine Générale : des formations pour travailler en pluridisciplinarité - *Revue Prescrire*, Août 2012, Tome 32, n°346, p.635.
5. WONCA Europe 2002. « *La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille* »
6. BOURNOT M-C., GOUPIL M-C., TUFFREAU F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié – DREES, *Etudes et Résultats*, Août 2008, n°649.
7. GOUYON Marie - Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés: comportements et opinions - DREES ; *Dossiers Solidarité et Santé*, 2009, n°11.
8. LAMBERT T., Généraliste 62 - Médecine Générale : apprendre à travailler en pluridisciplinarité - *Revue Prescrire*, Avril 2010, Tome 30, p.310.
9. JACOUBOVITCH S., BOURNOT M-C., GOUPIL M-C., TUFFRAU F. – Les emplois du temps des médecins généralistes – DREES, *Etudes et Résultats*, Mars 2012, n°797.
10. CARTIER Thomas – Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes: analyse de la littérature internationale - Thèse pour le Doctorat en Médecine Générale– Paris : Université Paris 7, 2010.
11. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
12. DOMMERGUES J.P, DECOBERT Marion – Du bon usage du carnet de santé de l'enfant - *La Revue du Praticien*, 2004, Tome 54, pp.2030-2034.
13. DOLLFUS Catherine – Carnet de santé : comment respecter les intérêts de l'enfant - *La Revue du praticien de médecine générale*, 2004, Tome 641, pp.199-200.
14. ROBERT Guy – La Prévention en matière de santé - *Notes d'IENA, information du conseil économique et social*, 20 novembre 2003, n°154.

15. CHAUMONT Chantal - Partenariat Médecins de l'Education Nationale Médecins généralistes dans le sud de l'Aisne - Mémoires des médecins de l'Education Nationale, 2004.
16. BALLY Anne - Relations professionnelles entre médecins généralistes et médecins de l'Education nationale dans le département de la Drôme. Intérêt d'un outil facilitant l'articulation de ces deux professions - Mémoire des médecins de l'Education Nationale, 2006.
17. CNRSMS en collaboration avec Joëlle Hutinet, Ministère de l'Education Nationale ; DESCO ; Réseau National de Ressources en Sciences Médico-sociales. Promotion de la Santé des Elèves. Document, Edition 2001. Disponible sur www.ac-creteil.fr/sms
18. TRICOIRE M., POMMIER J., DESCHAMPS J.-P. - La santé scolaire en France : évolution et perspectives - *Santé publique* 1998, volume 10, n° 3, pp. 257-267.
19. GENTIL F. - « PAI : qu'est-ce ? » - *Réalités pédiatriques* ; Mai 2011 ; n°160; pp.3-7.
20. CORDOLIANI Christine - Les conditions de réussite de l'intégration scolaire d'un enfant handicapé vues par un médecin de l'Éducation nationale - *Médecine Thérapeutique/Pédiatrie*, Juillet-Août 2007, Vol.10, Numéro 4, Dossier.
21. POMMIER Jeanine, JOURDAN Didier - La santé à l'École dans les pays européens - Les cahiers du Centre Fédéral Henri Aigueperse de l'UNSA-Education (n°48); Editions Sudel; 144 pages; 2008. Disponible sur <http://www.sudel.fr>
22. FAURE Valérie - La santé à l'École dans les pays européens - *Directions*, Juin 2008 n°159.
23. VAN ROYEN Paul et col - Three days of qualitative Research - Anvers 2006.
24. GATTUSO Christophe. Médecin traitant pour les moins de 16 ans : MG France exhorte Touraine à agir dans la loi santé. *Le Quotidien du médecin* ,15/05/2014. Disponible également sur www.lequotidiendumedecin.fr
25. GARRE Coline. Médecin traitant de l'enfant : une mesure « clientéliste », selon le SML. *Le Quotidien du Médecin*, 10/06/2014. Disponible également sur www.lequotidiendumedecin.fr
26. IZAMBARD Antoine. Bientôt un médecin traitant pour l'enfant? "Une catastrophe". *L'Express*, publié le 19/06/2014. Disponible également sur le site www.lexpress.fr/actualite/societe/sante

27. FLOC'HLAY Annie, Responsable du service de Promotion à la Santé du Val d'Oise – Bilans et actions de santé en Maternelle - Présentation de service, 2010.
28. EHESP-Le Projet de Formation- Référentiel de Formation et de Validation 2011-2012, Filière de formation des médecins de l'Education Nationale, EHESP, Juillet 2011.
29. Arrêté du 27 juin 2006 fixant les modalités d'organisation et le programme de l'épreuve orale des concours de recrutement des médecins de l'éducation nationale, Version consolidée au 13 juillet 2012.
30. LANG Jack -Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves - *Bulletin Officiel du ministère de l'Education Nationale et du ministère de la Recherche* ; Circulaire n° 2001-012 du 12-1-2001.
31. Extrait de la loi de Protection de l'Enfance 2007 - J.O n° 55 du 6 mars 2007 ; page 4215 ; texte n° 7.
32. Loi sur le Handicap 2005, *Journal Officiel* du 12/02/2005; loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées votée le 11 février 2005.
33. COFEMER- Handicap-Incapacité-Dépendance. Issy Les Moulineaux : MASSON, 2006, 2^e édition.130 pages.
34. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, jeunesse et vie associative en association avec la MAIF - Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés ,2011.
35. FLOC'HLAY Annie - «Statistiques élèves malades et handicapés pour l'année scolaire 2011-2012 » - Rapport Départemental 2011-2012 ; Présentation service.
36. AUBIN-AUGER Isabelle, MERCIER Alain, BAUMANN Laurence, LEHR-DRYLEWICZ Anne Marie, IMBERT Patrick, LETRILLIART Laurent et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone(GROUM.F) – Introduction à la recherche qualitative - Document universitaire paris 7.
37. SCHNEIDER Daniel K - Balises de méthodologie pour la recherche en sciences sociales - Document universitaire TECFA, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Université de Genève – Juin 2004.
38. ASSEMBLEE NATIONALE - Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire – Rapport d'information - N°3968 – Présenté

- par Gérard Gaudron et Martine Pinville, Députés – Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 novembre 2011.
39. COURS DES COMPTES – Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie - Publication de la Cour des Comptes – 12 Février 2013.
 40. RIOU Laurène – Projet d'Accueil Individualisé: le protocole d'urgence chez les enfants asthmatiques- Evaluation de la qualité des protocoles d'urgence rédigés par les médecins traitants à travers une comparaison au protocole proposé par le groupe de recherche sur les avancées en pneumopédiatrie – Thèse pour le Doctorat de médecine générale – Université Paris 7 – 2013.
 41. Moréri-Dictionnaire historique Encyclopædia Universalis - *Disponible sur www.valléedudropt.com/lakanal.htm*
 42. ARS - Nouveaux modes de rémunération – *Disponible sur <http://www.ars.sante.fr/Objectifs-des-experimentations.103716.0.html>*
 43. LOISEAU Fabien, BABARY Eric - Mise en évidence des causes médico-psycho-sociales de l'échec scolaire dans l'enseignement primaire en milieu rural et place des médecins généralistes dans son dépistage et sa prise en charge. Thèse pour le Doctorat de médecine générale. Faculté de Médecine de Tours – Université François Rabelais, 2010, 155 pages.
 44. HAS – Recommandations pour la pratique clinique : 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 -Septembre 2005. Disponible également sur <http://www.has-sante.fr>
 45. ASSEMBLEE NATIONALE – BERNIER M., GAUDRON G.,députés - Avis n°2859 présenté au nom de la commission des affaires culturelles et de l'Education sur le Projet de loi de finances pour 2011 ,TOME IV , Enseignement Scolaire - Enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 14 Octobre 2010.

REFERENCES INTERNET

www.bichat-larib.com

www.portail.univ-paris-diderot.fr

www.valléedudropt.com/lakanal.htm

www.ac-creteil.fr/sms

www.ehesp.fr

www.handicap.fr

www.cofemer.fr

www.education.gouv.fr

www.maif.fr/handicap

www.jle.com

www.cognisciences.com

www.cognisciences.com/pdf/outilsbseds4.pdf

<http://www.tecfa.unige.ch/guides/methodo/IDHEAP/>

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Recherche-avancee>

<http://www.ars.sante.fr/Objectifs-des-experimentations.103716.0.html>

<http://www.lexpress.fr>

ANNEXES

- ANNEXE 1 : Tableau récapitulatif de l'histoire de la médecine scolaire en France
- ANNEXE 2 : Carte du Val d'Oise et des différents bassins
- ANNEXE 3 : BSEDS
- ANNEXE 4 : Exemples de maladies ordonnées selon la Classification Internationale du Fonctionnement et de la santé issue du COFEMER⁽³³⁾
- ANNEXE 5 : Tableau récapitulatif du Développement de l'enfant
- ANNEXE 6 : Modèle de PAI
- ANNEXE 7 : Les différents modèles de dispositif de suivi médical à l'échelon européen
- ANNEXE 8 : Guides Semi Directifs
 - 8.1 : Guides Semi Directifs pour le médecin généraliste
 - 8.2 : Guides Semi Directifs pour le médecin scolaire
 - 8.3 : Guides Semi Directifs pour les parents
- ANNEXE 9 : Tableaux récapitulatifs des caractéristiques des échantillons
- ANNEXE 10 : Entretiens retranscrits
 - 10.1 : Entretiens des médecins généralistes
 - 10.2 : Entretiens des médecins scolaires
 - 10.3 : Entretien des parents

ANNEXE 1

Tableau récapitulatif de l'histoire de la médecine scolaire en France

ANNEXE 1 : Tableau récapitulatif de l'histoire de la médecine scolaire en France

ANNEE	TEXTES	TUTUELLES
1886	Loi du 30/10/1886 : Création de l'Inspection médicale des écoles	COLLECTIVITES LOCALES
1887	Décret du 18/01/1887 : Création du Service de santé scolaire dans les grandes villes	
1945	Ordonnance du 18/10/45 : Extension à tous les établissements publics et privés d'enseignement ou d'éducation	MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
1956	Décret du 10/09/56 : Principe de la surveillance médico-sociale des enfants d'âge scolaire	
1964	Décret du 30/07/64 : Transfert de la responsabilité du Service de santé scolaire au Ministère de la Santé	MINISTERE DE LA SANTE
1969	Instruction générale n°106 du 12/06/69 : Fonctionnement du Service de santé scolaire	
1970	Création du Service social de santé scolaire	DRASS
1982	Circulaire du 15/06/82 : Orientations et fonctionnement du service de Santé scolaire	DDASS
1984	Décret du 21/12/84 : Transfert de la responsabilité du Service de santé scolaire au Ministère de l'Education nationale (médecins et secrétaires demeurent rattachés, pour leur gestion, au Ministère de la Santé)	MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
1991	Circulaire du 24/06/91 : Missions et fonctionnement du Service de promotion de la santé en faveur des élèves Circulaire du 11/09/91 : Organisation, missions et changement de dénomination du Service social « Service social en faveur des élèves » Décret du 10/10/91 : Gestion de tous les personnels des Services de santé scolaire (y compris les médecins et les secrétaires) par le Ministère de l'Education nationale. Décret du 27/11/91 : Création du corps de médecin de l'Education nationale	
1993	Décret du 16/02/93 : Règles professionnelles des infirmier(e)s Circulaire du 22/07/93 : Accueil individualisé des enfants malades (prise de médicaments, aménagements)	
1997	Circulaire du 15/05/97 : Organisation du dispositif de prévention des mauvais traitements à l'égard des élèves. Précision sur le rôle des médecins de l'Education nationale Circulaire du 26/08/97 : Instruction concernant les violences sexuelles	
1998	Mars 1998 : Plan de relance pour la santé scolaire ; Education pour la santé et prévention à l'école Circulaire du 1/07/98 : Prévention des conduites à risque et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté Décret du 13/10/98 : Dispositions statutaires communes applicables aux corps des infirmier(e)s des administrations de l'Etat Circulaire du 19/11/98 : Education à la sexualité et prévention Sida Circulaire du 24/11/98 : Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège	
1999	Circulaire du 2/11/99 (BOEN Hors série n° 9 du 4/11/99) : Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires Circulaire du 20/07/99 : Campagne de lutte contre la consommation excessive de boissons alcoolisées auprès des lycéens	
2000	BO hors série n°1 du 6/01/00: Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les Etablissements publics locaux d'enseignement (EPL). Loi du 6/03/00 : Rôle renforcé de l'école dans la prévention et la détection des mauvais traitements à enfants Circulaire n°2000-147 du 21 septembre 2000 relative à la mise en place de la contraception d'urgence par les EPLE.	
2001	BO spécial n°1 du 25/01/01: La politique de santé en faveur des élèves : Circulaire n° 2001-012 du 12/01/01 : Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves Circulaire n° 2001-013 du 12/01/01 : Missions des médecins de l'Education nationale Circulaire n° 2001-014 du 12/01/01 : Missions des infirmier(e)s de l'Education nationale Circulaire du n° 2001-164 du 21/02/01 relative à l'intégration scolaire des enfants handicapés	

Source : CNRSMS en collaboration avec Joëlle Hutinet, Ministère de l'Education Nationale ; DESCO ; Réseau National de Ressources en Sciences Médico-sociales. Promotion de la Santé des Elèves. Document, Edition 2001. Disponible sur www.ac-creteil.fr/sms (Référence bibliographique n°17)

ANNEXE 2

Carte du Val d'Oise et des différents bassins

Bassins d'éducation du Val-d'Oise



ANNEXE 3

BSEDS

Les auteurs:

Véronique Azzano, Monique JACQUIER-ROUX, Dominique LEPAUL, Christine LEQUETTE, Guillemette POUGET, Michel ZORMAN

V. Azzano, Médecin de l'Éducation nationale, Centre Ressources des Troubles du Langage et des Apprentissages - Centre Hospitalier Alpes Léman Contamine sur Arve

M. Jacquier-Roux, Médecin de santé publique et ex-médecin conseiller technique auprès de l'Inspecteur d'Académie du département de la Loire

D. Lepaul, Médecin de l'Éducation nationale, Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages de Savoie

C. Lequette, Médecin de l'Éducation nationale, Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages Scolaires Grenoble, Laboratoire des Sciences de l'Éducation groupe Cognisciences, Université Pierre Mendès France Grenoble

G. Pouget, Médecin de l'Éducation nationale, Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages Scolaires Grenoble, Laboratoire des Sciences de l'Éducation groupe Cognisciences, Université Pierre Mendès France Grenoble

M. Zorman, Médecin de santé publique, Centre Référent des Troubles du Langage et des Apprentissages Scolaires Grenoble, Laboratoire des Sciences de l'Éducation groupe Cognisciences, Université Pierre Mendès France Grenoble

Remercient les chercheurs qui nous ont aidés, soutenus, ou fourni leur contribution :

Catherine BILLARD Claude CHEVRIE-MULLER Jean Jacques DELTOUR†
Pierre LECOCCQ Liliane SPRENGLER CHAROLLES Sylviane VALDOIS

les éditions des Presses Universitaires du Septentrion qui nous autorisent à utiliser les items de l'E.C.O.S.S.E

Marc REICHEL, enseignant de mathématiques, statisticien.

et pour la version 4, Jean-Michel Albaret, maître de conférences, directeur de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse ainsi qu'Agnès Florin, professeure en psychologie du développement et de l'éducation, Université de Nantes, Laboratoire de psychologie « Éducation, Cognition, Développement ».

Ce bilan doit beaucoup à la collaboration des conseillères pédagogiques, Maryse CODA et Éliane FINET ainsi qu'au travail de coordination des secrétaires Renée BILLON, Fabienne LOMBARD et Valérie PATRIA.

BSEDS 5-6 - v 4.0

Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la scolarité 5 à 6 ans (version 4.0)



Paternité, pas d'utilisation commerciale et pas de modification

Vous êtes libres de reproduire, distribuer et communiquer cette création au public selon les conditions suivantes :

- **Paternité.** Vous devez citer le nom de l'auteur original de la manière indiquée par l'auteur de l'œuvre ou le titulaire des droits qui vous confère cette autorisation (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'ils vous soutiennent ou approuvent votre utilisation de l'œuvre).
- **Pas d'utilisation commerciale.** Vous n'avez pas le droit d'utiliser cette création à des fins commerciales.
- **Pas de modification.** Vous n'avez pas le droit de modifier, de transformer ou d'adapter cette création.

Octobre 2011



La qualité des données est le fruit du travail des médecins et des infirmières du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves (SPSFE) des 5 départements de l'Académie de Grenoble et des départements de l'Aveyron, de la Corrèze, de l'Indre, de la Réunion, du Tarn-et-Garonne qui ont réalisé avec la rigueur que l'on connaît plus d'un millier de bilans pour sa mise au point et son étalonnage et pour l'enquête de prédictibilité :

ALACOQUE M.F., ALLAMAND H., ALTUNGY A., AMBLARD G., ARNAUD A., ARNAUD-GODDET A.-M., BAUPLE M., BEC-LAUXEROIS F., BECKER E., BELLE B., BERLIOZ M., BERNSTEIN M., BETOULLE D., BLAVIGNAC I., BOILLEY A., BOKAMA S., BORGHESE F., BOUCHARD G., BOUTAZ C., BOUVRY M., BOYER O., BRESSY D., BUTTIN V., CARDONNA D., CARPENTIER-PLANCHON V., CARTAUD O., CASTEL-BRANCO M.-C., CATROU A., CHAN C., CLAPE D., COLCANAP M., CREUGNY C., CROUZET L., CURTAUD, DAGALLIER M.-A., DALZOT I., DAURELLE P., DARGENT S., DAUZOU B., DEBRU O., DECLÉ F., DELECOUR N., DIEUDONNE A., DOMERGUE M.-C., DROCHON M.-C., DUTHEIL S., DUVERNEUIL C., EDERT R., FADY M., FERLIN F., FERNIQUE A., FORNASIERI P., FRANCAVAT V., GELINAT L., GERVASONI A., GERVASONI M.-C., GIRARD J.B., GIRARD M., GIRARDOT M., GLADYSZ, GORRE A., GRUFFY M.-C., HAMADE P., HERNU V., JOND P., JOUAN C., JUSSIAUX F., LALANNE D., LANIER M.-G., LAURY M., LAUXEROIS N., LECOURVOISIER F., LEMATTEA A., LOMBARTEIX H., LOPEZ, MANNERS I., MANGÉAT F., MARY C., MATHIEU E., MATMOUR F., MAZARD L., MEAUZE E., MERCIER C., MIRALLES M., MOULY J., MOURNETAS M., MOSSUZ T., MOTTE M., MOULLET C., NICOLAS M., NICOT C., PASCAUD M.-O., PERINO C., PERNEY K., PERRIER-ROCHE M.-J., POURRAZ N., PUYJALINET C., RAMPONNEAU C., RAUX M.-J., RIPERT-MAIRE M., ROBICHON F., ROLLAND A.-M., ROSSIAUD C., ROUSSELLE, SALVAT A., SERGUES B., STARK A., TALON M.-O., THEBAULT M., THIBAUDIER C., THIRION B., TIFFINAUD A., TIZZANI V., TONNAC (de) M., TOUR M.-C., TRAVERT C., VARNOUX C., VIGNERON V., VILLALONGA DA SILVA A.-C., WARENGHEM F., WEILL R., ZICKLER G.

SOMMAIRE

BSEDS 5-6

I. REMERCIEMENTS	I.2
SOMMAIRE	I.4
BSEDS 5-6	I.5
Quel bilan de santé pour la 6 ^e année ?	I.6
Le bilan standard	I.8
Le bilan approfondi	I.9
Conduite à tenir	I.10
Recommandations	I.18
ENQUÊTE DE PRÉDICTIBILITÉ	I.20
II. CONSIGNES	II.1
Consignes sommaire	II.2
Bilan standard – Repérage enseignant	II.3
Bilan standard – Santé scolaire	II.7
Bilan approfondi – Santé scolaire	II.14
III. ÉTALONNAGE	III.1
IV. FICHES DE RECUEIL	IV.1
V. OUTILS	V.1



QUEL BILAN DE SANTE POUR LA 6^E ANNÉE ?

Au cours des quinze dernières années, plusieurs études ont évalué l'intérêt et la spécificité du bilan de santé fait à l'école entre 5 et 6 ans (Vianello, Moniga, 1995, entre autres). À la lumière des résultats obtenus, les auteurs insistent sur l'importance de l'évaluation des fonctions sensorielles et neurodéveloppementales, les autres pathologies mises en évidence au cours de cet examen étant déjà connues de la famille et/ou d'un autre praticien.

Une enquête¹ réalisée dans l'Union Européenne par l'European Association for Special Education² montre que 16 à 24 % des élèves en Europe ont des Besoins Educatifs Spéciaux parce qu'ils présentent des difficultés d'apprentissage. Ce rapport différencie trois types d'élève en situation « d'échec scolaire » en fonction des causes de leurs difficultés :

2-3 % ont une déficience avérée : sensorielle, motrice, mentale, autisme.

4-6 % ne souffrent pas des déficiences précédentes, mais présentent des « troubles développementaux spécifiques des apprentissages » (dyslexie, dysphasie, dyspraxie...).

10-15 % ont des retards dont les causes sont attribuées à des déterminants, économiques, sociaux, culturels, psychologiques, pédagogiques.

En France, les enfants du deuxième groupe (troubles spécifiques des apprentissages) sont très peu identifiés et inclus dans le groupe trois, groupe des élèves en difficulté scolaire.

Les connaissances scientifiques existantes ne permettent pas de trancher de façon définitive entre les différentes explications sur l'origine de ces troubles. Par contre, l'identification de ces troubles et la mise en place d'une guidance éducative, rééducative et pédagogique spécifique améliorent les compétences scolaires et évitent les souffrances induites par les échecs scolaires.

LE BSEDS 5-6 (Bilan de Santé – Évaluation du Développement pour la Scolarité à 5-6 ans) est centré sur le développement de l'enfant. La recherche des signes prédictifs des difficultés et des troubles, notamment **ceux liés au langage, doit faire l'objet d'une attention particulière lors du bilan de santé de la 6^e année**⁴.

BSEDS 5-6

Comment analyser le bilan, le différencier et l'interpréter.



¹ Vianello, R., & Moniga, S. (1995). Framework for the Experts' Round "Learning Difficulties in Europe: Assessment and Treatment". In EASE. 1995/2 (pp. 15-21).

² EASE : il s'agit d'une ONG composée d'experts des divers pays de l'Union Européenne

³ La CIM 10e édition (Classification Internationale des Maladies) de 1992 identifie « F80 Troubles spécifiques du développement de la parole et F81 Troubles spécifiques des acquisitions scolaires – Troubles spécifiques de la lecture, de l'orthographe, de l'arithmétique... »

⁴ Le bilan de santé est obligatoire pour tous les enfants entre 5 et 6 ans (de par la Loi livre I du code de la Santé Publique)



L'approche pragmatique et fonctionnelle proposée par ce bilan permet aux professionnels de santé de l'Éducation nationale de remplir une de leurs principales missions en contribuant à la lutte contre l'échec scolaire.

Le nouveau bilan (Version 4) s'enrichit d'un module qui **évalue la coordination motrice, des praxies et des habiletés visuospatiales qui représentent une part des difficultés ou troubles dont souffrent certains enfants** (module coordination motrice, pratique et visuospatial).

Les troubles de la motricité intentionnelle (Trouble de l'Acquisition de la Coordination ou dyspraxie de développement, dysgraphie) sont fréquents et doivent être distingués de simples difficultés passagères liées à la variabilité du développement psychomoteur ordinaire. L'intrication des capacités perceptives (principalement visuelles) et motrices d'une part, et la pluralité des facteurs sous-tendant la motricité de l'autre nécessitent de prendre en compte plusieurs dimensions dans l'évaluation des aspects psychomoteurs chez l'enfant.

Dix ans après la version précédente, nous en avons profité pour :

- réactualiser la conscience phonologique, le test de production morphosyntaxique (TCG), la dénomination rapide, la mémoire phonologique des chiffres, le traitement de l'information visuelle et l'attention auditive sélective

- affiner le repérage enseignant : en réduisant le nombre de questions sur le langage, en modifiant l'évaluation des capacités d'attention⁵ et en réorganisant les items de motricité et visuospatiaux.

- élaborer une aide à l'analyse clinique en introduisant la notion de groupe "en difficultés" ou "en grandes difficultés" qui tient compte des écarts types et de la distribution,

À la suite de ce recueil de données cliniques auquel l'enseignant et les parents ont contribué, le médecin doit pouvoir évaluer en fonction des critères définis (tests standardisés), les facteurs de risque et d'alerte. Ceci doit faciliter une intervention plus précoce, les principaux problèmes de développement dépistés ne relevant pas du seul traitement médical conduisant à la « guérison ». Les difficultés ou troubles de l'audition, du langage, de la motricité, du visuospatial, de l'attention et du comportement peuvent bénéficier d'une prise en charge médicale, rééducative et/ou psychothérapeutique, et nécessitent une prise en compte quotidienne dans l'activité pédagogique de l'enseignant et éducative de la famille et ceci sur le moyen et le long terme. Lors de la 6^e année, les difficultés ou troubles qui peuvent avoir des conséquences sur les apprentissages scolaires sont ceux qui ont la plus grande prévalence. Elles sont aussi les plus prédictives de la santé du futur adolescent et de l'adulte⁶.

⁵ A. Florin, Ph. Guimard, I. Nocus, Université de Nantes Labédecq, EA 3259 Questionnaire élèves maternelles 2008. Q-EM



LE BILAN STANDARD

Le bilan standard est composé :

- du repérage enseignant apportant des éléments sur les comportements scolaires, l'attention, le langage, la motricité fine et la copie de figures géométriques.
- du bilan standard de santé scolaire comportant :

- l'observation de l'enfant et l'anamnèse,
- un bilan sensoriel,
- l'évaluation de 2 fonctions cognitives impliquées dans l'identification des mots écrits : un test de conscience phonologique et deux tests de traitement de l'information visuelle,
- deux épreuves de motricité

Si l'enfant ne présente pas de difficulté et/ou de trouble

- au sein du repérage enseignant
- lors de l'observation de l'enfant
- lors de l'anamnèse et de l'examen clinique
- lors du bilan sensoriel
- dans les scores aux différents tests

Le bilan développemental est terminé.

Dans le cas contraire, des tests complémentaires permettent d'approfondir le bilan.

Le bilan somatique est restreint au vu des données internationales (citées plus haut) aux mensurations (poids, taille), à l'examen de la cavité buccale et de la statique. La recherche chez le garçon de la présence des deux testicules semble pertinente si elle n'a pas été réalisée auparavant. Dans tous les cas, on doit être attentif à la présence de tout signe d'appel de maltraitance. Il n'y a pas de raison (épidémiologique) d'étendre l'examen somatique systématique sans motif spécifique ou autre signe d'appel.

Selon une enquête réalisée en 2000-2001⁶, 14 % des enfants présentent une surcharge pondérale (4 % une obésité). L'obésité infantile est un facteur prédictif de l'obésité adulte. Il importe de la repérer tôt, tant en raison des ses conséquences sur la qualité de vie de l'enfant qu'en tant que facteur de risque ultérieur. La corpulence est évaluée par l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport poids / (taille)². Les seuils internationaux établis sont précisés dans la partie étalonnage.

⁶ Enquête 6 ans, DREES, DESCO – année scolaire 2000-2001. ETUDES et RESULTATS N° 155 – janvier 2002.

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.



LE BILAN APPROFONDI

Le bilan approfondi complémentaire est composé d'épreuves évaluant différentes habiletés neurosensorielles et cognitives (oculomotricité, attention, langage, motricité et habiletés visuospatiales). Il est personnalisé en fonction des éléments du repérage enseignant et des résultats du dépistage de santé scolaire. Il n'est donc pas utile de faire passer tous les subtests systématiquement.

Ce dépistage approfondi doit aider à différencier un retard d'un trouble, à établir la nécessité d'exams complémentaires et/ou d'une prise en charge rééducative, médicale ou paramédicale.

La concertation avec l'enseignant permettra d'analyser les résultats du bilan afin qu'il puisse concevoir les aménagements pédagogiques. Les parents doivent être informés et conseillés sur les pratiques éducatives qui peuvent aider leur enfant.

Ce bilan approfondi comporte :

1. un bilan neurosensoriel à réaliser en cas de difficultés dans le traitement de l'information visuelle associées ou pas à une hypermétropie
2. un bilan de l'attention à réaliser si des difficultés d'attention et/ou de comportement scolaire ont été repérées par l'enseignant ou pendant le bilan standard
3. un bilan de langage à réaliser si des difficultés de langage sont repérées par l'enseignant ou le personnel de santé scolaire ou si le test de conscience phonologique est inférieur à -1 écart-type
4. un bilan moteur et visuospatial à réaliser si l'enseignant a repéré des difficultés motrices ou dans la copie de figures géométriques ou si l'enfant à des difficultés à sauter à cloche-pied ou maintenir son équilibre.



- l'enseignant précise que l'enfant n'est pas capable d'une attention régulière et durable (réponse 1 ou 2 à cet item),
- Le score « Comportement à l'école » est ≤ 3

Un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité doit être recherché. Le bilan est complété par le test d'attention sélective en modalité auditive (test de frappé) et par un entretien avec les parents.

L'enfant est considéré comme « en difficultés » lorsque le score au test de frappé est :

- ≤ 9 en contrôle
- et ≤ 6 en conflit pour les enfants de moins de 5 ans 5 mois ou ≤ 7 pour les enfants de plus de 5 ans 5 mois

Il faut rechercher un déficit d'attention associé ou non à un syndrome d'hyperactivité (TDHA) :

- à l'entretien et à l'examen clinique on recherchera les signes cliniques d'hyperactivité motrice, de trouble de l'attention, d'impulsivité,
- on pourra faire remplir un questionnaire de Conners (version abrégée en 10 items)⁷ aux parents et à l'enseignant.

En fonction de l'analyse de l'ensemble de ses éléments l'enfant pourra être adressé dans un service de neuropédiatrie ou de pédopsychiatrie pour bénéficier d'un bilan complémentaire.

4. Si on constate des difficultés du langage oral

En présence d'au moins un des éléments suivants :

- un ou plusieurs items du repérage enseignant ont une réponse négative,
- l'observation ou l'anamnèse retrouvent des signes d'appel,
- le score de conscience phonologique est ≤ 12 pour un enfant de moins de 5 ans 5 mois ou, ≤ 13 pour un enfant de 5 ans 5 mois ou plus

On doit suspecter un retard ou un trouble du langage oral, et des tests complémentaires devront être réalisés.

Plus il y a d'indices de difficultés, plus le trouble risque d'être intense et handicapant.

L'évaluation du langage oral spontané permet d'avoir un accès qualitatif sur la production du langage et de la parole de l'enfant. Celle-ci est confrontée au repérage de l'enseignant.

Pour les enfants qui ne sont pas de langue maternelle française⁸, les erreurs de genre pour les déterminants et les pronoms dans les phrases simples ne sont pas interprétées comme des

⁷ Pour la version originale, voir Conners, C. (1970). Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children. *Child Development*, 41, 667-682. Pour la version abrégée voir Conners, C. (1973). The computerized continuous performance test. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 24-84.

⁸ Ceci exclut les primo-arrivants. Il s'agit d'enfants qui ont été en contact de la langue française depuis au moins 18 mois.



CONDUITE À TENIR

1. Si une ou des anomalies sont trouvées au dépistage sensoriel

L'évaluation de la vision a mis en évidence des troubles de la vision de loin et/ou de près : L'acuité est correcte si l'enfant réussit à lire au moins 4 lettres de la ligne 8,2/10.

L'existence d'une hypermétropie est suspectée si l'enfant lit 4 lettres de la ligne 8,2/10 avec un verre à + 2 dioptries : L'enfant est adressé à l'ophtalmologiste.

L'audiométrie met en évidence une baisse de l'audition $>$ à 30 décibels sur au moins une oreille pour les fréquences comprises entre 1 000 et 4 000 hertz : l'enfant est adressé à l'ORL.

2. Si une ou des difficultés sont dépistées dans le traitement de l'information visuelle

Le bilan standard comprend deux tests de traitement visuel : le barrage des cloches et la reconnaissance de lettres.

L'enfant est considéré « en difficultés » pour :

- 10 cloches ou moins barrées en une minute,
- 14 lettres ou moins reconnues à la reconnaissance de lettres et/ou un temps supérieur à 127'' (2 minutes 07). La lenteur pouvant traduire une difficulté même si le score reste dans les normes.

Il est alors nécessaire d'évaluer l'oculomotricité : convergence, recherche de troubles phoriques, poursuite oculaire.

Si celle-ci est anormale, cela nécessite un avis ophtalmologique et/ou orthoptique qui pourra amener à une rééducation orthoptique.

Si elle est normale, des propositions d'activités de type entraînement visuel seront proposées aux enseignants et aux parents.

Si l'enfant présente un défaut d'acuité visuelle, le résultat doit être apprécié en fonction de celui-ci. Si l'acuité visuelle de près est déficitaire et si l'enfant n'est pas corrigé, les épreuves de traitement visuel ne seront pas réalisées. Elles le seront après correction.

3. Si des difficultés attentionnelles sont repérées

La réalisation du test des cloches demande à la fois un traitement visuel et un maintien de l'attention dans une tâche de conflit (attention sélective). C'est un test dit de barrage très utilisé dans l'évaluation des déficits visuo-attentionnels.

L'enfant est considéré « en difficultés » si :

anomalies. En cas de phrases complexes avec plusieurs genres dans la phrase principale, on accepte les erreurs jusqu'à 6ans « *Le garçon pousse la fille et (il / elle) renverse la table* ».

Si l'enfant de langue maternelle étrangère n'utilise pas de pronom, ni de déterminant et ou si l'ordre des mots sujet / verbe / complément est incorrect, on estimera que sa morphosyntaxe n'est pas correcte.

Le bilan approfondi du langage oral comprend :

des tests de langage en réception :

- une **épreuve de vocabulaire** tirée du TVAP⁹ évalue le stock lexical de l'enfant en désignation sans aucune production
- une **épreuve de compréhension orale** tirée de l'ECOSSE¹⁰ évalue la compréhension morphosyntaxique.

des tests de langage en production :

- la **répétition de logatomes** évalue la boucle audio-phonatoire, c'est-à-dire le circuit cognitif particulier qui implique, la discrimination des sons de la langue, la séquentialisation des sons en réception et la programmation des sons de la langue avant leur articulation. Cette boucle n'implique pas la compréhension.
- le **test de production morpho-syntaxique** tiré du Test de Closure Grammaticale (T.C.G)¹¹ évalue la morphosyntaxe du langage en production dirigée. Cette évaluation porte sur l'utilisation des pronoms, des marqueurs spatio-temporels, du genre et du nombre, de la conjugaison des verbes, des types de phrases.
- la **dénomination rapide de couleurs et d'images** évalue la production phonologique des mots. Elle peut permettre de repérer les troubles d'évocation lexicale (manque du mot) et des difficultés dans la programmation phonologique des mots. Deux épreuves de dénomination ont été retenues, car elles ne sont pas totalement corrélées ($R = 0,56$). La dénomination rapide est une des épreuves fréquemment échouées chez les dyslexiques.

un test de mémoire verbale à court terme :

C'est la mémoire phonologique évaluée par la répétition de chiffres. Elle complète ce bilan approfondi du langage.

Dans les troubles du langage oral et les dyslexies, elle est fréquemment altérée. On peut retrouver des difficultés de mémoire à court terme dans les troubles attentionnels et les retards globaux.

⁹ Deltour, J.-J., Hupkens, D., (1980). Test de vocabulaire passif et actif pour enfants 5-8ans. Paris : Editions EAP.

¹⁰ Lecoq, P. (1996). L'E.CO.S.SE. Villeneuve d'Ascq : Septentrion Presse Universitaire.

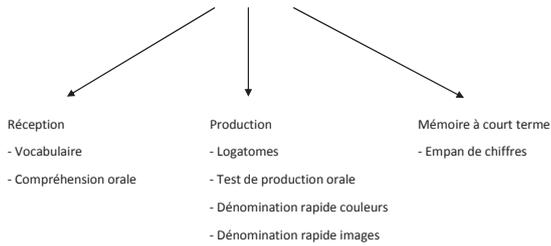
¹¹ Deltour, J.-J. (1998). Test de Closure Grammaticale (révisé). (TCG-R). Paris : EAP.



Il est aujourd'hui largement admis que les enfants présentant une dyslexie phonologique ont un déficit de la conscience phonologique souvent associé à une mémoire verbale à court terme limitée et une dénomination rapide altérée.

Le risque de dyslexie est d'autant plus fort que les 3 indices précédemment cités sont associés et qu'il existe des antécédents familiaux. Une prise en charge précoce en orthophonie peut dans ce cas se justifier.

Bilan approfondi du langage



Plusieurs cas de figure peuvent être envisagés dont :

a. Des difficultés en conscience phonologique

Si le score total de conscience phonologique est ≤ 12 pour un enfant de moins de 5 ans 5 mois ou ≤ 13 pour un enfant de 5 ans 5 mois ou plus et que le reste des tests est normal, on proposera à l'enseignant d'inclure cet enfant dans un groupe d'entraînement phonologique.

On se renseignera et/ou on évaluera au cours du CP comment l'enfant met en place la lecture par voie d'assemblage et s'il accède au phonème. Si des difficultés apparaissent, un bilan orthophonique sera prescrit par un médecin.

b. Des difficultés de production

On s'est assuré que la réception est normale

1^{er} cas : la syntaxe spontanée (enseignant, santé scolaire) est incorrecte (ordre des mots, non-utilisation des déterminants et des pronoms, on observe de nombreuses erreurs dans la conjugaison des verbes) et le score au TCG $\leq 13/30$ pour les moins de 5 ans 5 mois et TCG $\leq 15/30$ pour les plus de 5 ans 5 mois.



marqué dans cette épreuve (Tsai *et al.*, 2008)¹³. L'échec à cette épreuve peut aussi être dû à la présence de mouvements anormaux, à une mauvaise régulation tonique ou encore à une agitation motrice. Les observations du comportement de l'enfant au cours de cette épreuve sont essentielles pour compléter et moduler le résultat obtenu.

Les difficultés sont à évoquer devant les éléments suivants :

- scores en difficultés au repérage enseignant
 - à l'item de copie de figures géométriques un score ≤ 4
 - à l'item de découpage un score ≤ 8
- et/ou lors du dépistage de santé scolaire
 - difficulté à barrer les cloches,
 - difficulté à rester 10 secondes en équilibre sur un pied
 - difficultés à sauter à cloche pied sur une distance d'au moins 2 mètres
 - retard moteur retrouvé lors de l'anamnèse et à l'observation (habiletés au quotidien, développement moteur)

Le bilan approfondi de la motricité et du visuospatial comprend :

La **reproduction de figures** qui est inspirée de l'item « relations spatiales » du Test du développement de la perception visuelle (Frostig, 1973)¹³ qui consiste à reproduire des figures géométriques de complexité croissante à partir de points servant de repères. Cette épreuve associe des aspects visuospatiaux et visumoteurs qui interviennent dans les capacités d'apprentissage et d'adaptation scolaires.

L'**épreuve de piquage** mesure la dextérité digitale et plus précisément la vitesse et la précision du mouvement. Le principe est similaire à ce que l'on retrouve dans différents tests ou items comme le Purdue pegboard, la Batterie d'évaluation chez l'enfant (M-ABC) ou l'échelle de développement psychomoteur de Lincoln-Oseretsky (LOMDS). A la contrainte de vitesse liée au chronométrage s'ajoute celle de la précision de la prise en pince digitale pour saisir, déplacer et insérer les chevilles. La motricité manuelle est, ici, sollicitée dans ses fonctions de prises de contrôle visuel et de relâchement de la prise au sens de Paoletti (1993)¹⁴.

De telles épreuves sont généralement déficitaires dans le Trouble de l'Acquisition de la Coordination (TAC) ou dyspraxie de développement comme le signalait déjà Stambak *et al.* en 1964¹⁵, principalement dans la composante précision.

¹³ Frostig, M. (1973). Manuel du test de développement de la perception visuelle. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.



2e cas : l'intelligibilité souvent associée à un score à la répétition de logatomes ≤ 7 .

Dans ces deux cas, un bilan orthophonique doit être prescrit. À partir de 5 ans, une intelligibilité et/ou une syntaxe altérée font suspecter fortement un trouble du langage oral.

Pour tous les autres cas de figure, des activités de langage adaptées aux problèmes repérés doivent être proposées en classe et à la maison.

c. Des difficultés en réception et en production

La réception du langage est altérée : compréhension $\leq 5/10$ et/ou vocabulaire $\leq 14/30$.

Le langage peut apparaître correct en production spontanée, mais en général l'enfant s'exprime peu avec des phrases courtes et peu informatives. Le vocabulaire est pauvre.

Un ou plusieurs tests de production sont « en difficultés » :

Après avoir éliminé un trouble envahissant du développement, une pathologie neurologique, un trouble sensoriel sévère, on pourra évoquer un trouble spécifique du langage oral. Différents examens complémentaires seront nécessaires pour orienter le diagnostic. La prise en charge sera souvent pluridisciplinaire associant la famille, le système de soins, et l'école. Dans tous les cas, pour ces enfants des aménagements pédagogiques sont indispensables.

5. Si on constate des difficultés en motricité et/ou sur le plan visuospatial

Le bilan standard comporte les épreuves suivantes :

- au repérage enseignant : la copie de figures géométriques et le découpage
- dans le bilan de santé scolaire : le saut à cloche-pied et l'équilibre unipodal

La **copie d'un carré, d'un triangle et d'un losange** mesure les praxies visuoconstructives dans leur composante graphique, elle permet de mettre en évidence les déficits visumoteurs qui peuvent conduire à des troubles des apprentissages. Cette épreuve graphomotrice est présente dans plusieurs échelles de développement et tests neuropsychologiques (Brunet-Lézine, NEPSY, VMI). Les formes géométriques choisies sont des formes de base dont la maîtrise s'acquiert progressivement entre 4 et 7 ans.

Le **saut à cloche-pied est une mesure de l'équilibre dynamique**. Il correspond à l'item « sauts successifs sur un pied » de l'échelle de coordinations motrices de Charlop-Atwell (Albaret & Noack, 1994)¹² et fait partie des habiletés motrices de base. Dès l'âge de quatre ans, les enfants commencent à sauter sur un pied (Cratty, 1979)¹⁶.

L'**équilibre unipodal** est un élément fondamental du développement psychomoteur et cette mesure de l'équilibre statique et du contrôle postural se retrouve dans la majorité des échelles de développement (M-ABC, LOMDS). Une grande proportion d'enfants avec TAC présente un déficit

¹² Albaret, J.-M., & Noack, N. (1994). Manuel de l'échelle de coordinations motrices de Charlop-Atwell. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.



Le **déplacement mains-pieds** est une épreuve de dissociation entre membres supérieurs et membres inférieurs similaire à l'item « animal préhistorique » de l'échelle de Charlop-Atwell¹⁴. Elle nécessite une inhibition successive du déplacement des autres membres lorsque l'un d'entre eux est mobilisé. Les mécanismes synkinétiques rendent sa réalisation difficile.

La **copie de lettres et de symboles** rend compte de la capacité à identifier puis reproduire les lettres qui composent des mots simples, mais aussi pour les symboles à utiliser des capacités visuo-constructives sur des formes proches de celles que l'on retrouve dans l'écriture.

Plusieurs cas sont à envisager :

a. Difficultés visuospatiales et/ou graphomotrices

- lors que
 - à l'épreuve de copie figures géométriques le score est ≤ 4
 - et/ou en reproduction de figures le score est ≤ 2 pour les moins de 5 ans 5 mois ou ≤ 3 pour les plus de 5 ans 5 mois
 - et/ou en copie de lettres et symboles le score est ≤ 6 et/ou un temps > 180 sec (3 minutes) pour les moins de 5 ans 5 mois ≤ 8 et/ou un temps > 150 sec (2min 30) pour les plus de 5 ans 5 mois. On ne tient pas compte du temps si l'enfant s'applique et que le résultat est correct.

Des activités pédagogiques et de jeux stimulant la fonction visuo-spatiale et /ou graphomotrice seront proposées.

Des difficultés visuo-spatiales sont des difficultés à traiter l'espace à deux dimensions que représente la feuille. Ce retard visuo-spatial, s'exprime particulièrement dans la copie de formes (carré, losange, lettres). Les dessins ou le graphisme réalisés spontanément par l'enfant sont généralement mieux réussis. Les enfants présentant de tels troubles sont gênés dans la réalisation des puzzles et autres jeux de construction.

b. Difficultés dans les épreuves motrices

- lors que
 - à l'épreuve de piquage le temps > 33 sec pour les moins de 5 ans 5 mois, le temps > 31 sec pour les plus de 5 ans 5 mois.
 - à l'épreuve de déplacement main-pied, il y a échec aux 3 essais (score à 0)

On discutera de la nécessité d'un examen psychomoteur et/ou d'un bilan neuropédiatrique complet en fonction de l'importance des troubles dépistés.

¹⁴ Albaret, J.-M., & Noack, N. (1994). Manuel de l'échelle de coordinations motrices de Charlop-Atwell. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.



Toute performance ≤ -1 é-t aux épreuves doit conduire à des propositions d'activités éducatives et pédagogiques adaptées.

Tout retard ou trouble persistant et ayant des conséquences sur le développement ou les apprentissages doit conduire à un avis spécialisé.

6. Si on suspecte un retard global

Un enfant obtiendra des scores en difficultés dans la plupart des subtests réalisés par l'enseignant ou l'équipe de santé scolaire. L'avis de l'enseignant à la suite des observations en classe est important pour évoquer ce retard global.

Les déficiences intellectuelles peuvent être associées à un déficit verbal plus important que le déficit non-verbal. Ceci nécessitera une évaluation et une prise en charge orthophonique.

Dans le cas où un retard est évoqué à l'issue du BSEDS, il faudra rencontrer la famille et se mettre en lien avec le psychologue scolaire afin d'examiner l'enfant et de pratiquer les batteries composites de l'intelligence du type WPPSI-R, distinguant l'intelligence verbale de la non-verbale.

RECOMMANDATIONS

Avec le BSEDS, on dispose d'un certain nombre de sub-tests de dépistage qu'il faut interpréter quantitativement et qualitativement. Ils autorisent, comme nous l'avons vu, une approche modulaire (traitement de l'information visuelle, auditive, langage, motricité, etc.).

Un certain nombre de précautions sont à prendre avant d'interpréter. En cas d'échec, on vérifiera que l'enfant a bien compris la consigne, on s'assurera de la cohérence des performances de l'enfant au sein d'une même batterie de tests. La motivation de l'enfant, son humeur influencent les résultats aux différentes épreuves. Lorsque le bilan évoque un retard important ou un déficit, il faut confirmer les résultats en réévaluant l'enfant à un autre moment.

Les épreuves qui font partie de ce bilan ne remplacent pas le raisonnement clinique.

Ce sont des informations étalonnées qui participent à la réflexion et à la décision du médecin.

L'approche analytique du bilan mise en relation avec d'autres connaissances et informations issues de la concertation avec l'enseignant et les parents comme les compétences sociales, l'évolution, les comportements dans différents contextes (familial, scolaire, jeux...) doit permettre, en cas de risque, de retard ou de trouble, de mieux définir le type d'aide éducative et pédagogique, les éventuelles explorations complémentaires à pratiquer et les prises en charge spécifiques si nécessaire.

À la fin des bilans d'une classe, **une concertation entre l'enseignant, le personnel du RASED, la famille et l'équipe de santé scolaire est nécessaire** et essentielle pour les enfants présentant des difficultés. Pour les retards ou difficultés concernant le langage ou les apprentissages, c'est après cette concertation qu'ensemble ou séparément enseignant et personnel de santé scolaire en font un compte rendu aux parents.



Références

¹ Whitmore, K., & Bax, M. (1986). The school entry medical examination. *Archives of Disease in Childhood*, 8, 807-817.

² Bax, M., & Whitmore, K., (1987). The medical examination of children on entry to school. The results and use of neurodevelopmental assessment. *Developmental Medical Child Neurology*, 29, 299-313.

³ Whitmore, K., & Bax, M., (1990). Checking the health of school entrants. *Archives of Disease in Childhood*, 65, 320-326.

⁴ Smith, G.C., Powell, A., Reynolds, K., & Campbell, C.A. (1990). The five year school medical - time for change. *Archives of Disease in Childhood*, 65, 225-227.

⁵ Rydell, A.M., Bondestam, M., Hagelin, E., & Westerlund, M. (1991). Teacher rated and school ability in relation to preschool problems and parent's health information at school start. A study of first-graders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 32, 177-190.

⁶ Bromfiel, D.M., & Tew J. (1992). Selective medicals at school entry. *Public Health*, 106, 149-154.

⁷ Gruhl, M., (1994). Health screening at school entry—foreign models and prospective considerations. *Gesundheitswesen*, 56, 446-452.

⁸ Pour une revue sur ces questions : Haut Comité de la Santé Publique (1998). La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rapport au ministère de l'Emploi et de la solidarité, Secrétariat d'État à la santé.

⁹ Cratty, B. J. (1979). *Perceptual and motor development in infants and children* (2ème éd.). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

¹⁰ Tsai, C. L., Wu, S. K., & Huang, C. H. (2008). Static balance in children with developmental coordination disorder. *Human Movement Science*, 27(1), 142-153.

¹¹ Paoletti, R. (1993). Classification fonctionnelle de la motricité manuelle. *Revue des Sciences de l'Éducation* 19, 723-743.

¹² Stambak, M., L'Hériteau, D., Auzias, M., Bergès, J., & Ajuriaguerra, J. d. (1964). Les dyspraxies chez l'enfant. *Psychiatrie de l'Enfant*, 7(2), 381-496.



ENQUÊTE DE PRÉDICTIBILITÉ

PRÉDICTIONNABILITÉ ET QUALITÉ DU BSEDS 5-6 ¹⁵

En janvier 2002, un tirage au sort de 32 classes a été effectué parmi 189 classes de grande section de maternelle (GSM) ayant bénéficié d'un bilan avec le BSEDS durant l'année scolaire 1999-2000. Ces 32 classes regroupaient 525 élèves. Entre mars et juin 2002, 501 de ces élèves ont été retrouvés et ont été réévalués par l'équipe de santé scolaire. Les classes populaires (ouvriers et employés) et les REP sont un peu sur-représentés dans cet échantillon. Les enfants ont passé différents tests : Alouette, lecture de mots isolés, dictée de mots isolés, conscience phonémique, comparaison visuelle de séquences de lettres.

Nous ne donnerons ici que quelques résultats.

Nous avons considéré comme en grandes difficultés de lecture, les élèves qui étaient en fin de CE1 à moins 2 écarts-types de la moyenne en lecture des mots isolés à partir de l'étalementage des épreuves du BALE¹⁶. Soixante cinq élèves (n=65) étaient dans cette situation ce qui correspond à 13,1 % de l'échantillon.

Dans le but d'évaluer la pertinence et l'intérêt du BSEDS un calcul de la sensibilité, de la spécificité, de la prédictibilité positive et de la prédictibilité négative, a été réalisé. A partir des tests réalisés en GSM, donc 2 ans 4 mois avant que l'on évalue le niveau de lecture¹⁷ en CE1, nous avons considéré comme en difficultés en GSM les élèves dont le score est ≤ -1 écart-type de la moyenne en conscience phonologique ou en compréhension orale et ceux dont l'enseignant et/ou le médecin évaluaient la production syntaxique du langage comme en retard (ordre des mots, conjugaison, utilisation des articles).

GSM	sensibilité	spécificité	Prédict. Pos.	Prédict. Nég.
Conscience phonologique	54%	80%	30%	92%
ECOSSE compréhension	38%	86%	30%	90%
Syntaxe production	44%	90%	40%	92%
Conscience phonologique + syntaxe	33%	96%	60%	91%

Tableau 1 : épreuves de validité du BSEDS comme prédicteur de dyslexie ou de grande difficulté de lecture (conscience phonologique et ECOSSE ≤ -1 é-t de la moyenne et production syntaxique en retard).

¹⁵ Résumé de l'article : Zorman M., Pouget G., Lequette C. et col. : Evaluation et prédictibilité du BSEDS 5-6. Colloque INSERM Strasbourg : Développement cognitif et troubles des apprentissages – Evaluer, comprendre, éduquer et prendre en charge. Décembre 2002, à paraître, Solal.

¹⁶ Etalementage d'une batterie de sub-tests visant à faire le diagnostic de trouble du langage écrit. L'étalementage s'est fait à partir de 150 enfants par classe du CE1 au CM2 n'ayant pas de retard scolaire ni de déficience sensorielle et/ou mentale, ni pathologie neurologique connue.

¹⁷ Il s'agit ici de la capacité à reconnaître les mots.



Interprétation du tableau :

- La **sensibilité** est la probabilité d'obtenir un test positif chez le sujet malade.

Pour la conscience phonologique, 35 enfants parmi les 65 non lecteurs en CE1 avaient en GSM un score ≤ -1 é-t ce qui donne une **sensibilité** de 0,54 (SE=35/65).

- La **spécificité** est la probabilité d'obtenir un test négatif chez le sujet non malade.

Pour la conscience phonologique, 337 enfants parmi les 420 lecteurs en CE1 avaient en GSM un score > -1 é-t ce qui donne une **spécificité** de 0,80 (SP=337/420).

- La **prédictibilité positive** est la probabilité de malades parmi l'ensemble des sujets dépistés « en difficultés ».

Pour la conscience phonologique, 35 enfants parmi les 118 ayant un score en GSM ≤ -1 é-t sont non lecteurs en CE1 ce qui donne une **prédictibilité positive** de 0,30 (PP=35/118).

- La **prédictibilité négative** est la probabilité de non malades parmi l'ensemble des sujets dépistés « non en difficultés ». Pour la conscience phonologique 337 enfants parmi les 367 ayant un score en GSM > -1 é-t sont non lecteurs en CE1 ce qui donne une **prédictibilité négative** de 0,92 (PN=337/367). En fin de CE1, 13,1 % (n=65) des enfants sont non lecteurs.

En GSM 24% (n=118) des enfants de la cohorte avaient une conscience phonologique ≤ -1 écart-type, 30% de ceux-là (n=35) seront non lecteurs en fin de CE1. Parmi ces 24% d'enfants faibles en conscience phonologique si 30% sont futurs non lecteurs (≤ -2 écart-type en lecture), 29 % supplémentaires seront faibles lecteurs (≤ -1 écart-type en lecture). Au total 59 % seront des lecteurs en difficultés.

Pour la production syntaxique, 13,9% (n=69) des enfants avaient un retard constaté en GSM, 44% (n=28) de ceux là seront non lecteurs en CE1.

Enfin parmi les 6,5% (n=32) d'enfants qui, en grande section de maternelle, associent un score faible en conscience phonologique (-1 é-t.) et un retard à la production syntaxique, 60% (n=20) seront non lecteurs en fin de CE1, 22% supplémentaires seront faibles lecteurs (≤ -1 écart-type en lecture). Au total 82 % seront des lecteurs en difficultés.

Ceci montre que, pour les enfants dépistés par le BSEDS, une activité pédagogique spécifique (conscience phonologique, langage oral) adaptée et intensive de 5-6 élèves par classe pour la conscience phonologique et de 3 élèves pour le langage oral permettrait probablement de diminuer sensiblement les échecs d'apprentissage de la lecture en cycle 2.

Pour les enfants qui présentent un retard dans ces deux compétences à la fois un bilan complémentaire est nécessaire et, pour la plupart d'entre eux, une prise en charge rééducative en plus du travail pédagogique.



Quel pourcentage d'enfants en difficultés de lecture est prédit par le BSEDS ?

Les causes qui entraînent de grandes difficultés à l'apprentissage de la lecture sont multiples, ce qui ne permet pas d'avoir une sensibilité excellente avec un petit nombre d'épreuves. Les **difficultés concernant la langue orale (conscience phonologique, compréhension, production) représentent environ les 2/3 de ces causes**, ce qui est déjà très intéressant d'autant plus qu'elles sont repérables avant l'apprentissage de la lecture. De plus, en prenant en compte toutes les données recueillies avec le BSEDS en GSM (carence éducative, retard de développement global, troubles sensoriels sévères), on dépiste 77% (n=50) des 65 élèves futurs non-lecteurs. »

Si un enfant de grande section de maternelle ne présente aucun facteur de risque : si ses performances à tous les tests du BSEDS¹⁸ sont > -1 écart-type et qu'il n'a pas de retard de production en langage oral, la probabilité pour qu'il fasse partie des non-lecteurs en fin de CE1 est de 6 %.

Conclusions et recommandations aux usagers du BSEDS

- Si nous convertissons en nombre d'élèves pour une classe de 25, il faudrait que pour la prévention de l'échec en lecture et de la dyslexie dans la population de l'étude, l'enseignant fasse un entraînement de la conscience phonologique à 5-6 élèves, cela prendrait de 8 à 15 heures dans l'année (Erhi, 2001). Comme le démontre la méta-analyse du National Reading Panel (Erhi, 1999), ces élèves (dyslexiques et en retard de lecture) en tireraient un net bénéfice pour leur performance future de lecture. Parmi ces 5-6 élèves, nous aurions 2 futurs non-lecteurs, très probablement des enfants dyslexiques et 2 ou 3 futurs faibles lecteurs de CE1. Pour le retard syntaxique de production du langage oral, 3 enfants de la même classe sont concernés, dont 1 sera non-lecteur et 1 autre très faible lecteur. Un travail pédagogique et individualisé régulier en production de langage (conversation, récit...) serait nécessaire pour la prévention des difficultés de l'identification des mots en lecture, mais aussi pour la compréhension de l'écrit 3 à 5 ans plus tard (Silva, 1987 ; Bishop, 1990, Peralta, 1991, Duvigneau, 1996).

- Parmi ces enfants en difficultés dont nous venons de parler, 1 à 2 présentent à la fois les deux déficits (métaphonologie et retard de langage oral). La probabilité pour qu'ils soient non-lecteurs est forte, un bilan complémentaire (orthophonie, neuropédiatrie) et une prise en charge rééducative sont sûrement nécessaires, en plus des activités pédagogiques spécifiques. Au total, en prenant en charge ces 7 enfants, on fait de la prévention pour les deux tiers des futurs non-lecteurs. Il va sans dire que ces enfants doivent bénéficier d'activités pédagogiques adaptées, non seulement en GSM, mais au moins durant le CP et le CE1. Un suivi (médecin scolaire, psychologue scolaire) devrait aussi être réalisé en milieu de CP. Si, malgré l'aide pédagogique, ils n'apprennent pas à lire, ils devront aussi avoir un bilan complémentaire et éventuellement une prise en charge rééducative.

¹⁸ Épreuve de cloches, reconnaissance des lettres, métaphonologie, vocabulaire TVAP, compréhension syntaxique ECOSSE, répétition de logatomes, empan de chiffres.



Si, comme nous l'avons vu, les épreuves visuelles prédisent nettement moins l'échec en lecture, on a pu constater qu'elles pouvaient avoir une influence sur la construction des représentations orthographiques et donc de la procédure lexicale de lecture qui est la procédure la plus efficace. Cette procédure prend toute sa place plus tardivement dans l'apprentissage au cycle 3 (CE2-CM2). Pour cette raison, il nous semble que, pour les enfants qui obtiennent de faibles performances visuelles au BSEDS, la pratique régulière d'activités pédagogiques développant la perception visuelle ne devrait pas être négligée.

Les causes d'échec de l'apprentissage de la lecture sont multiples, tous les échecs en lecture ne sont pas des dyslexies ou dus à des retards du langage oral ou du traitement visuel. Dans ce contexte, les épreuves du BSEDS ne peuvent avoir une forte sensibilité, bien qu'elles rendent compte (retard et troubles concernant la langue orale et la conscience phonologique) de plus de la moitié des risques d'échecs de l'apprentissage de la lecture.

- Ces résultats **débouchent sur une version 3** qui améliore l'efficacité du BSEDS.

Dans cette étude, le retard de production du langage oral est plus prédictif de l'échec en lecture que la réception-compréhension syntaxique. La version 2 ne contenait pas, pour le versant expressif du langage, d'épreuves quantitatives étalonnées. La version 3 bénéficie de l'ajout de trois épreuves quantitatives et étalonnées : une de production syntaxique et deux épreuves de dénomination rapide (couleurs et images). Comme le proposait déjà la version 2 mais, à partir d'une hypothèse théorique, la différenciation entre un bilan réduit et un bilan complet en fonction de l'évaluation de l'enseignant est confirmée par notre étude. Lorsque l'enseignant en contexte de classe, au repérage du BSEDS ne constate aucun problème de comportement scolaire, de langage, de motricité (75 à 80 % des élèves), il restera à évaluer la conscience phonologique et le traitement visuel. S'il n'y a pas de problème le bilan s'arrêtera là. Dans le cas contraire, un bilan de dépistage plus complet en fonction des hypothèses cliniques (langage, mémoire, attention) devra être pratiqué. Le temps passé pour le dépistage dans une classe sera globalement réduit.

- L'étude de la **prédictibilité de la version 4** en particulier du module visuospatial et motricité est en cours.



CONSIGNES

BILAN STANDARD - REPÉRAGE ENSEIGNANTII.3

- 1. **Attention et comportement dans les apprentissages** II.3
- 2. **Langage** II.4
- 3. **Motricité** II.5

BILAN STANDARD - SANTÉ SCOLAIRE.....II.7

- 1. **Vision** II.7
- 2. **Traitement de l'information visuelle** II.8
- 3. **Audition** II.9
- 4. **Langage en production** II.9
- 5. **Conscience phonologique** II.10
- 6. **Motricité** II.13

BILAN APPROFONDI - SANTÉ SCOLAIRE.....II.14

- 1. **Oculomotricité** II.14
- 2. **Langage en réception** II.15
- 3. **Langage en production** II.18
- 4. **Mémoire phonologique** II.20
- 5. **Visuospatial et motricité** II.21
- 6. **Attention** II.23



BILAN STANDARD
REPÉRAGE ENSEIGNANT

Le BSEDS 5-6, Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité à 5-6 ans est un bilan du développement cognitif, moteur, social et somatique de l'enfant réalisé dans le cadre de l'école. Il ne peut être conduit qu'avec la participation des parents et le repérage de l'enseignant. L'observation de l'enfant dans le contexte spécifique de la classe, lieu des apprentissages scolaires et de la socialisation de l'enfant, apportera des éléments indispensables sur les capacités de l'enfant. Il permet d'avoir un regard croisé (enseignant, santé scolaire, parents) sur l'enfant et de mettre en évidence les difficultés qui nécessiteront un examen plus approfondi.

Le bilan de santé scolaire n'intervient qu'à la suite de ce premier repérage enseignant. Ce dernier permettra de définir le type de bilan qui sera réalisé avec l'enfant : bilan standard si aucune difficulté n'est repérée, bilan approfondi adapté aux difficultés repérées dans le cas contraire.

Pour chaque enfant, une fiche repérage enseignant devra être renseignée dans le courant du mois précédent le dépistage de santé scolaire. L'enseignant évalue 3 habiletés requises pour les apprentissages. Il observe les comportements de l'enfant en situation de classe. Le livret de compétences peut être une aide à l'appréciation du langage oral. L'évaluation des compétences en motricité globale se fait dans le cadre des activités d'ateliers de psychomotricité. L'évaluation de la motricité fine (découpage) et de la reproduction de figures géométriques nécessitent l'utilisation des fiches jointes (cf. Outils). L'enseignant est invité à faire part de toutes ses observations.

Chaque question demande une appréciation des comportements ou des capacités bien définies. Les réponses appellent une observation individuelle et objective de chaque enfant. Les modalités « oui » ou « non » rendent le choix plus difficile quand l'acquisition est encore récente. Il faudra cependant s'efforcer d'éviter la réponse « ni oui ni non ».

Une valeur seuil est notée pour chaque habileté. Si l'enfant présente un score inférieur ou égal à ce seuil, l'habileté est à renforcer en classe en particulier par la mise en place d'activités pédagogiques, en petit groupe, intensives, adaptées.

1. Attention et comportement dans les apprentissages

Les réponses aux items "Attention et comportement dans les apprentissages" doivent permettre d'évoquer des difficultés d'attention/concentration, d'agitation motrice ou de communication.

Les items "Joue avec les autres à la récréation" et "Exécute le travail prescrit" sont cotés 1 pour une réponse « oui », 0 pour une réponse « non »

La réponse à l'item " Est capable d'une attention "19 se cote 3, 2 ou 1 selon que l'enfant a une attention régulière, irrégulière et peu durable ou qu'il a du mal à fixer son attention.

- régulière et durable : 3
- irrégulière, peu durable : 2
- a du mal à fixer son attention : 1

Score TOTAL Attention et comportement dans les apprentissages sur 5 Seuil ≤ 3

2. Langage

Les réponses attendues sont :

ITEM	OUI = 1	NON = 0
2.1. Intervient verbalement lorsqu'il est interrogé	l'enfant répond même si la réponse n'est pas toujours correcte au niveau de la syntaxe, de la prononciation et de la sémantique	l'enfant ne répond qu'exceptionnellement ou jamais à l'adulte qui pose une question même si l'enseignant pense que c'est par inhibition
2.2. Prononciation correcte	il articule tous les sons	il persiste un défaut d'articulation ou il est peu intelligible
2.3. Utilisation systématique des déterminants et des pronoms	il utilise habituellement des pronoms et des déterminants corrects en genre et en nombre dans les phrases simples. en cas de phrases complexes avec plusieurs genres dans la phrase principale, on accepte les erreurs jusqu'à 6 ans « Le garçon pousse la fille et (il/elle) renverse la table.	dans le cas contraire, cependant pour les enfants qui ne sont pas de langue maternelle française on accepte les erreurs de genre pour les déterminants et les pronoms
2.4. Utilisation des subordinées (qui, comme, parce que ...)	il utilise des subordinées relatives (qui, que, etc.) ou conjonctives (que, parce que, pour que, quand, si, etc.) en discours spontané	Les subordinées ne sont même pas utilisées lorsqu'il est interrogé (pourquoi ?).

Score TOTAL Langage sur 4

Seuil ≤ 2

¹⁹ A. Florin, Ph. Guimard, I. Nocus, Université de Nantes Labécd, EA 3259 Questionnaire élèves maternelles 2008. Q-EM



3. Motricité

3.1. Découpage

Donner à chaque élève un quart de la feuille de découpage, avec une figure à découper. Demander leur de découper soigneusement sur le gros trait noir en commençant au niveau de la flèche.

Les lignes fines de part et d'autre de ce trait servent à la cotation. Chacun des 5 segments de la figure (4 droits et 1 arrondi) sont cotés sur 2. **Le score est sur 10.**

- 2 points si le trait de ciseau reste compris entre le trait noir et la première ligne fine intérieure ou extérieure quelque soit l'importance du dépassement.
- 1 point si le trait de ciseau est compris entre les 2 lignes fines intérieures ou extérieures quelque soit l'importance du dépassement.
- 0 point si le trait de ciseau dépasse à l'intérieur ou à l'extérieur la deuxième ligne fine quelque soit l'importance du dépassement.

3.2. Copie des figures géométriques

Donner la feuille avec les modèles de carré, triangle et losange dans le sens horizontal et demander à l'enfant de recopier chaque figure dans la case correspondante.

Chaque figure géométrique est cotée sur 3. Score maximum 9

CARRÉ	
1 point si	Pas de points
Angle : La figure comporte 4 angles droits (pas d'arrondis, pas d'angles aigus, pas de dépassements)	
Longueur : Les longueurs des côtés sont quasi identiques (côté le plus long < 2 fois le côté le plus court)	
Base : La base du carré est horizontale (l'angle formé entre la base et une horizontale ne doit pas être supérieur à 30 degrés)	



BILAN STANDARD SANTÉ SCOLAIRE

1. Vision

L'examen doit être fait dans un lieu calme et suffisamment éclairé.

Acuité visuelle de loin

La mesure de l'acuité visuelle de loin est faite à l'aide de l'échelle du "E" de Snellen et une paire de lunettes de dépistage. Cette échelle est placée sur un mur à hauteur des yeux de l'enfant et à 5 mètres de lui. La distance est mesurée avec un ruban métrique. L'échelle de mesure doit être en parfait état (pas de salissures, pas d'effacement des lettres). L'examineur doit vérifier que l'éclairage est bon et qu'il n'y a pas de reflets.

Placer l'enfant devant l'échelle pour lui expliquer ce qu'il doit faire :

Montrer un "E" en l'entourant d'un geste souple, puis éloigner le doigt et demander à l'enfant d'indiquer l'orientation de ce "E" avec sa main ou avec le petit "E" en plastique.

Faire un essai pour s'assurer qu'il a compris la consigne. Puis placer le à 5 mètres et lui mettre une paire de lunettes de dépistage (avec un verre neutre et un cache). Lui montrer successivement les "E" des différentes lignes en commençant par les plus gros. Tester un œil puis l'autre.

Notation :

Noter pour chaque œil l'acuité correspondante à la plus petite ligne sur laquelle l'enfant réussit à lire sans correction au moins quatre lettres. On juge que l'acuité est correcte si l'enfant lit la ligne 8,2/10 (cf. travaux de M.E. Woodruff⁽³⁾).

Si l'enfant porte des lunettes de correction, faire l'examen avec celles-ci, l'acuité est insuffisante si elle est inférieure à 8,2/10.

Dépistage de l'hypermétropie

Elle n'est à faire que si l'acuité visuelle de loin est normale.

Elle se fait avec le même matériel mais en équipant l'enfant de lunettes de dépistage avec un verre de + 2 dioptries et un cache. Vous montrez les "E" de la même façon en commençant à la ligne 6,3.



TRIANGLE	
1 point si	Pas de points
Angle : La figure comporte 3 angles	
Longueur : La longueur du plus grand côté est inférieure à 1,5 fois celle du côté le plus petit	
Côtés : Les côtés sont des lignes droites ininterrompues	

LOSANGE	
1 point si	Pas de points
Angle : Il y a 2 angles aigus opposés et les 2 autres sont obtus	
Longueur : Aucun côté n'est supérieur à 1,5 fois un autre	
Côté : Les 4 côtés sont droits	

Score TOTAL Motricité sur 19

Seuil ≤ 10



Notation :

On suspecte l'existence d'une hypermétropie si l'enfant lit quatre lettres de la ligne du 8,2/10 c'est-à-dire, si l'acuité visuelle est la même quel que soit le type de lunettes de dépistage.

On entoure alors Tr (trouble). Dans le cas contraire on entoure N (Non = pas d'hypermétropie)

Il est nécessaire dans ce cas de rechercher les signes associés (yeux rouges, maux de tête, tendance à cligner des yeux ou à se les frotter, larmoiement, graphisme peu précis et peu soigné) et de demander un avis spécialisé.

Vision binoculaire

Elle est évaluée avec le test de Lang II, en suivant les consignes données par l'éditeur du test.

Notation :

Il y a un trouble si l'enfant ne voit que l'étoile : entourer Tr.

Si il n'y a pas de trouble, entourer N (N = normal)

Vision des couleurs

Elle est à évaluer avec le test de Ishihara ou le Babydalton en se référant aux consignes de l'éditeur.

Notation :

Il y a un trouble (à confirmer les années suivantes), entourer Tr ; pas de trouble, entourer N.

2. Traitement de l'information visuelle

Si l'acuité visuelle de près est déficitaire et si l'enfant n'est pas corrigé, les épreuves de traitement visuel ne seront pas réalisées. Elles le seront après correction.

Test des cloches

Cette épreuve permet d'évaluer le système visio-attentionnel.

Utiliser la planche de test des cloches avec un crayon feutre et un chronomètre.

L'épreuve est limitée à 1 minute.

Montrer à l'enfant un dessin de cloche. L'avertir que lorsque l'on déclenchera le chronomètre, il devra barrer toutes les cloches qu'il repère sur la feuille en une minute.

Notation :

Noter le nombre de cloches barrées en une minute.



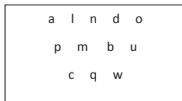
Reconnaissance de lettres

L'objectif est de repérer les enfants ayant des difficultés à reconnaître les lettres ou qui perçoivent mal les espaces inter lettres et n'ont pas conscience de l'importance de cet espace. Il s'agit ici d'une reconnaissance visuelle par analogie et non d'une lecture. Si l'enfant connaît le nom de la lettre et le dit, on le laisse faire mais ce n'est pas le but de l'épreuve

Utiliser la planche de reconnaissance de lettres.

L'épreuve est chronométrée.

Faire un essai avec : **m o**. Expliquer à l'enfant qu'il doit retrouver ces lettres dans l'encadré et les désigner dans le même ordre.



Puis passer à l'épreuve réelle avec les séquences de lettres suivantes en déclenchant le chronomètre. On peut cacher les lignes inférieures avec une feuille de papier que l'on glisse au fur et à mesure

Notation :

Noter le nombre de lettres reconnues sur les 20 proposées au total et le temps mis pour l'épreuve. Chaque lettre correctement désignée vaut 1 point.

3. Audition

Il est impératif de travailler dans une pièce silencieuse et de vérifier soi-même le bon fonctionnement de l'appareil avant de commencer l'examen.

Utiliser un audiomètre réglé sur 20 ou 25 dB selon le type d'appareil et tester les fréquences entre 1000 et 4000 Hz. Si l'enfant n'entend pas passer à l'intensité supérieure.

Notation :

Noter dans chaque case l'intensité perçue.

4. Langage en production

Tout au long du bilan, rester attentif au discours spontané de l'enfant et essayer de préciser si

l'élocution est correcte,

la construction grammaticale des phrases est correcte,

l'enfant utilise des subordonnées introduites par « qui, parce que, comme »



Pour obtenir une production plus importante, lancer la discussion par une phrase interrogative sur le quotidien (qu'as-tu fait pendant les vacances ? Quels sont tes jeux préférés ? Comment fait-on pour jouer ? Quelle est la règle du jeu ?...).

Notation :

Noter tous les troubles de production orale :

trouble de production des phonèmes isolés (trouble de l'élocution)

trouble de l'articulation

trouble de la parole

élision de syllabes

perte du mot souvent remplacé par " truc " ou " machin "

bégaiement

problème de respiration en parlant

lenteur du discours

enfant parlant très peu, semblant faire des efforts pour s'exprimer oralement.

5. Conscience phonologique

Les tests de conscience phonologique se font oralement. Les épreuves comportent toujours des exemples et essais préalables. Les épreuves réelles se font sans aides et sans commentaires en utilisant toujours la même phrase de consigne.

En aucun cas il ne faut induire la réponse. Pour cela veiller à :

parler d'un ton uniforme

ne pas répéter les explications plus de 2 ou 3 fois, en utilisant toujours les mêmes exemples, pour éviter de faire un "entraînement "

éviter les commentaires sur les réponses, ne pas donner la réponse en cas d'erreur.

Si l'enfant a des problèmes d'articulation, ne pas en tenir compte. La conscience phonologique n'est pas une activité motrice mais cognitive.

Rimes

Expliquer à l'enfant qu'on va jouer avec les mots et que pour ce jeu, il va falloir trouver les mots qui finissent par le même son, les mots qui riment.

Donner un premier exemple :

« Si je dis "SOURIS", on entend ri à la fin du mot "SOURIS". On va trouver le mot qui finit comme "SOURIS", c'est "CHAPEAU, MARI ou TORTUE" ? ».



Même si l'enfant trouve la bonne réponse dire : « c'est "MARI", parce qu'à la fin de "MARI" on entend ri comme dans "SOURIS". Ecoute bien SOU-RI-S MA-RI ». ».

Puis poursuivre avec le deuxième exemple : « Je dis "CALIN", trouve le mot qui finit comme "CALIN", c'est "MATIN, LIT, BALLON" ? ».

Si l'enfant se trompe, donner la réponse correcte : « Ce n'est pas "LIT" c'est "MATIN", écoute : CA-LI-N, MA-TI-N », en insistant sur la rime sans autre commentaire.

Si l'enfant paraît ne pas comprendre la consigne, ré-expliquer-la une ou deux fois en utilisant les mêmes exemples puis passer à l'épreuve. Il peut s'agir non d'un problème de compréhension mais d'une difficulté réelle de conscience phonologique.

Puis l'avertir qu'il va devoir répondre tout seul.

Si l'enfant tarde à répondre ou paraît ne pas avoir retenu les mots, lui redire la série.

« Trouve le mot qui finit comme _____, c'est _____, _____, ou _____ »

SAPIN	BONBON	CHAPEAU	MARIN
MARTEAU	CHEVAL	GATEAU	BOUGEOR
BALLON	RAISIN	PANTALON	BATEAU
BALANÇOIRE	ARMOIRE	OISEAU	BOUTON
CHAUSSETTES	MOUTON	DRAPEAU	FOURCHETTE
BOTTINE	BATEAU	ÉGLANTINE	DINDON
ÉCOLE	ENVOL	BUREAU	LAVOIR
MARDI	PAPIER	RADIS	PLAFOND

Notation :

Chaque bonne réponse donne 1 point, le score maximum est 8.

Si l'enfant donne toujours le premier ou le dernier mot, il donnera deux bonnes réponses qui sont probablement dues au hasard. En tenir compte dans l'interprétation.

Comptage syllabique

L'important dans cette épreuve est de repérer si l'enfant sait segmenter les mots en syllabes et non s'il sait les compter.

Dire à l'enfant : « On va couper les mots en sons. On compte sur les doigts avec les mots. Je te donne un exemple : je dis "BATEAU" » ; on compte sur les doigts les deux sons **BA - TO** pendant l'énoncé. « Il y a deux sons dans ce mot. A toi d'essayer avec "KILO" »

Si l'enfant se trompe, donner la bonne réponse en énonçant les syllabes sur les doigts **KI - LO** », puis refaire un autre essai avec **MARINA** et passer à l'épreuve réelle.



Suppression syllabique

Donner un premier exemple : « Je dis "JOLI" et maintenant, je répète "JOLI" mais sans dire "LI" ; ça fait "JO", il reste "JO" », puis faire faire un exemple à l'enfant.

« A toi d'essayer ; répète après moi "MANGER", (l'enfant répète le mot). Et maintenant répète "MANGER" mais sans dire "GER", qu'est-ce qu'il reste ? ».

Si l'enfant se trompe, dire : « Il fallait dire "MAN" ; si je ne dis pas "GER", il reste "MAN" ». Faire un deuxième essai : « Répète après moi "CHATEAU", et maintenant répète "CHATEAU" mais sans dire "TO" ». »

Si l'enfant se trompe, dire : « Il fallait dire "CHA" » et passer à l'épreuve réelle.

« Répète après moi _____ et maintenant répète _____, mais sans dire _____ » Réponse attendue

MARTEAU	MARTEAU	sans dire	TO	/MAR/
RADIO	RADIO	sans dire	DIO	/RA/
BATEAU	BATEAU	sans dire	TEAU	/BA/
LAPIN	LAPIN	sans dire	PIN	/LA/
MARDI	MARDI	sans dire	DI	/MAR/
RAISIN	RAISIN	sans dire	RAI	/ZIN/
CITRON	CITRON	sans dire	CI	/TRON/
TORTUE	TORTUE	sans dire	TOR	/TUE/
BALLON	BALLON	sans dire	BA	/LON/
CHAUSSETTE	CHAUSSETTE	sans dire	CHAU	/SETTE/

Notation :

Compter 1 point par suppression syllabique réussie, soit au maximum 10 points.

Au total, la conscience phonologique est notée sur 23. Le comptage syllabique est normalement acquis en fin de moyenne section de maternelle. Doivent bénéficier d'un bilan approfondi du langage :



- Un enfant ayant un score inférieur à 4 au comptage syllabique. Ce score doit être interprété en regard des autres items testant la séquentialité.
- Un enfant de moins de 5 ans et 5 mois obtenant un score total de conscience phonologique égal ou inférieur à 9.
- Un enfant de 5 ans et 5 mois ou plus obtenant un score total de conscience phonologique égal ou inférieur à 12.

6. Motricité

Cloche-pied

Demander à l'enfant de sauter sur un pied entre 2 repères espacés de 2 mètres sans imposer le pied de départ à l'enfant.

« Tu vois ces 2 traits il faut que tu partes de ce trait pour rejoindre l'autre trait en sautant sur un pied ou à cloche-pied » (Montrer le cloche-pied entre les 2 traits à l'enfant).

Notation :

Noter 0 si l'enfant ne parcourt pas les 2 mètres, 1 s'il réussit.

Équilibre unipodal



Demander à l'enfant de se mettre debout, les yeux ouverts, les bras le long du corps, un genou plié avec la pointe du pied à 10 cm du sol minimum afin de ne pas le toucher. On chronomètre le temps pendant lequel l'enfant tient sans remettre le pied par terre, on arrête au bout de 10 secondes.

« Fais comme moi, lève un pied et essaie de ne pas tomber ni mettre le pied par terre jusqu'à ce que je te dise stop » (ne pas hésiter à montrer l'exercice et laisser le choix à l'enfant du pied à lever). Si l'enfant n'y arrive pas, proposer 2 autres essais.

Notation :

Noter le temps d'équilibre en secondes (maximum 10 secondes)



BILAN APPROFONDI SANTÉ SCOLAIRE

1. Oculomotricité

Convergence

Placer verticalement un crayon à 40 cm des yeux de l'enfant et demander-lui d'en fixer l'extrémité. Tout en rapprochant doucement le crayon de la racine des yeux, observer le mouvement de convergence des yeux et noter à quelle distance ce mouvement cesse.

Notation :

Entourer Tr (trouble) si cette distance est supérieure à 12 cm.

Phorie

L'hétérophorie est une déviation des axes visuels maintenue latente par la puissance de fusion.

Se placer face à l'enfant de manière à avoir le regard au même niveau que celui de l'enfant. Tenir le cube de Lang (ou un crayon) dans l'axe central à 40 cm des yeux de l'enfant. Demander lui de le fixer de façon continue. En utilisant une main comme cache, cacher alternativement les yeux et observer si les axes visuels restent alignés.

Notation :

Entourer Tr (trouble) si les axes visuels ne restent pas alignés lorsque l'on cache ou découvre un œil. Rechercher alors par l'interrogatoire des signes associés : notion de vision trouble ou floue surtout en fin de journée voire même vision double (diplopie) intermittente.

Poursuite oculaire

Toujours face à l'enfant, tracer des " huit couchés " (∞) à 40 cm de la racine de son nez, en utilisant le cube de Lang (ou un autre objet comme stimulus visuel) dans l'espace délimité de chaque côté par les épaules de l'enfant, en haut par le sommet de la tête et en bas par la base du cou. Les " huit couchés " doivent toucher les limites de cet espace.

Seul son regard suit le déplacement du cube de Lang. L'attention est captée en tournant le cube pendant le parcours et en demandant à l'enfant de signaler lorsqu'il y a un changement d'image. Deux essais sont acceptés au maximum.

La vitesse d'exécution du parcours doit être très lente ; pour s'auto-contrôler, se représenter l'épreuve exécutée avec un œuf placé dans une cuillère à moka, ce qui correspond à 10 secondes environ pour un " huit couché ".



Notation :

L'épreuve est réussie si la poursuite est régulière, si le mouvement des deux yeux est bien synchrone. Les arrêts et mouvements de tête et corps sont des signes d'immaturation à 5-6 ans.

Noter Tr (trouble) en cas d'asynchronie de mouvement des deux yeux.

2. Langage en réception

Vocabulaire

Ce test composé de quinze bandes de six images permet une évaluation rapide du stock lexical de l'enfant.

L'enfant est assis devant l'examineur, la bande d'essai de dessins est face à lui sur la table.

Dire à l'enfant : « Je voudrais savoir si tu connais certains mots. Regarde, sur cette bande il y a plusieurs dessins. Je dis le mot "RIRE" tu vas me montrer avec ton doigt le dessin qui représente le mot "RIRE" »

Si l'enfant hésite, insister en posant la question : « qu'est-ce que c'est "RIRE", tu sais bien ce que c'est "RIRE" »

Si l'enfant se trompe, Donner la bonne réponse en montrant le dessin.

Après cet essai ne plus aider l'enfant et présenter les bandes une à une en énonçant le mot à désigner.

Notation :

Pour chaque mot compter 2 points si l'enfant désigne l'image correspondante au chiffre en gras et souligné (l'image 3 pour l'hiver), 1 point pour l'image correspondante au chiffre souligné (l'image 1 pour l'hiver), 0 point pour toutes les autres propositions.

Le score maximum est 30. La valeur seuil (moins un écart-type) est 14.

	désignation d'images	pourcentage de réussite (données TVAP 1977)	
		5 ans	6 ans
1. hiver	1 2 3 4 5 6	98	98
2. travailler	1 2 3 4 5 6	95	97
3. lettre	1 2 3 4 5 6	100	99
4. âne	1 2 3 4 5 6	91	98
5 s'éveiller	1 2 3 4 5 6	100	97
6. château	1 2 3 4 5 6	92	96



7. bailler	1 2 3 4 5 6	84	88
8. gravier	1 2 3 4 5 6	66	72
9. canif	1 2 3 4 5 6	65	61
10. ficeler	1 2 3 4 5 6	64	75
11. briser	1 2 3 4 5 6	60	67
12. vautour	1 2 3 4 5 6	59	60
13. jonquille	1 2 3 4 5 6	48	59
14. récolter	1 2 3 4 5 6	27	46
15. poutre	1 2 3 4 5 6	22	45

ATTENTION : les images sont numérotées de 1 à 6 de gauche à droite pour l'examineur placé face à l'enfant (c'est-à-dire les images à l'envers). Pour le mot « poutre », les deux images correspondantes comptent 2 points.

Compréhension orale

Ce test évaluant la compréhension d'énoncés de phrases est composé de 10 groupes de 4 images.

Si l'enfant a un vocabulaire pauvre, utiliser les planches images de la compréhension qui permettent de vérifier la connaissance du vocabulaire. Il faut que celui-ci soit connu car l'objectif du test est l'évaluation de la compréhension syntaxico-sémantique.

Placer les pages comportant les groupes de 4 images devant l'enfant. Cacher les quatre images ne correspondant pas à la phrase énoncée.

Lire les phrases du tableau ci-dessous une à une en demandant à l'enfant de montrer l'image correspondante dans les groupes découverts l'un après l'autre.

Auparavant avertir l'enfant que la phrase ne sera dite qu'une fois et qu'il doit bien faire attention à tous les mots avant de donner sa réponse.

Enregistrer les réponses sans faire de commentaire.

Le patron de correction situé dans les colonnes du milieu est une aide à la correction.



COMPREHENSION ORALE		Pourcentage de réussite		
	Patron de correction	54-59 mois	60-65 mois	66-71 mois
Le crayon est derrière la boîte (Phrase avec préposition de lieu)		76	75	82
La vache pousse la dame (Phrase active renversible)		86	91	96
Le cercle dans l'étoile est noir (Phrase avec remplacement de relative)		63	71	69
La boîte est noire mais pas la chaise (Phrase avec mais - pas)		84	86	89
La chaussure est la plus petite (Phrase avec comparatif et superlatif)		70	85	87
La fille poursuit le chien qui saute (Phrase relative avec qui)		71	76	84
Le couteau est sur la chaussure (Phrase avec préposition de lieu)		79	81	85
Le landau est poussé par le monsieur (Phrase passive renversible ou non)		72	75	80
Le crayon qui est sur le livre est blanc (Phrase relative avec qui)		69	73	84
L'étoile est au-dessus du cercle (Phrase avec préposition de lieu)		77	80	82

Notation : Compter 1 point par bonne réponse. Le score maximum est 10.

3. Langage en production

Répétition de logatomes

L'enfant doit répéter les logatomes (non-mots) énoncés d'une voix claire sans forcer l'articulation. Il est installé de façon à ne pas voir le mouvement des lèvres de l'examineur et n'utiliser que ce qu'il entend et discrimine.

Si l'enfant échoue, on peut refaire l'épreuve en face à face ; l'enfant ayant un trouble de discrimination auditive pourra alors s'aider en observant la motricité labiale de l'examineur.

Liste des non-mots :

**bartin fanvé gontra zulseu linou
rikapé faviker dimanko moluné bimindal**

Notation :

On compte un point par non-mot bien répété soit 10 points maximum.

Si l'enfant présente un trouble de l'élocution, on ne doit pas en tenir compte dans la cotation. Exemple : si le /r/ est prononcé /l/ dans tous les mots et non-mots on ne compte pas comme une erreur.

Dénomination rapide

Ce test est composé de deux planches : une comportant une suite de 25 ronds de 5 couleurs différentes et une autre une suite de 25 images de 5 dessins différents disposés de manière aléatoire que l'enfant doit dénommer le plus rapidement possible.

Placer devant l'enfant la feuille comportant les ronds de couleur et lui demander de nommer les couleurs se trouvant dans la première colonne pour s'assurer qu'elles sont bien connues. Pour la dernière couleur, accepter violet ou rose, l'enfant devra toujours utiliser la même dénomination lors du passage de l'épreuve.

Lui expliquer ensuite qu'il doit nommer la couleur des ronds de chaque case en suivant les lignes horizontalement et que l'on va noter le temps qu'il met.

Déclencher le chronomètre à la première case. A chaque retour à la ligne, mettre le doigt devant la ligne suivante pour le guider. Arrêter le chronomètre à la dernière case.

Si l'enfant s'arrête sur une case, attendre 5 secondes et lui demander de passer à la suivante.

Procéder de la même façon avec la planche d'images.

Notation : Noter pour chaque planche le temps en secondes. Le nombre d'erreurs n'est pas comptabilisé car elles sont peu fréquentes et l'enfant se pénalise en prenant du temps pour se corriger.



Test de closure grammaticale

Ce test est composé d'une planche d'essai et de 15 planches d'examen comportant 2 images. Il comporte un tableau avec les phrases à énoncer et la cotation en fonction de la réponse obtenue. Placer devant l'enfant le paquet d'images qui seront découvertes feuille à feuille tout en énonçant les phrases correspondantes. Commencer par la planche d'essai. Montrer la première image en disant la première partie de la phrase : « * Ici, c'est la tête de l'oiseau ».

Montrer ensuite la deuxième image en disant la deuxième partie de la phrase que l'enfant complètera : « * là, c'est la tête ... ».

Ne rien ajouter, ne pas induire la réponse par une question supplémentaire.

En cas de non-réponse de l'enfant, reprendre à la première image «* ici, ... ».

Poursuivre de façon identique avec les planches d'examen et les phrases du tableau.

Notation :

En fonction de la réponse de l'enfant coter 0, 1 ou 2 points en se référant au tableau. En cas de non-réponse, coter 0.

Patron de correction

N°	Phrase	2 points	1 point	0 point
Essai	* Ici, c'est la tête de l'oiseau ; * là, c'est la tête ...			
1	* Ici, le chien est devant la chaise ; * là, il est ...	- derrière	- en dessous	- pas devant - caché - sous
2	* Ici, la fille est plus grande que le garçon ; * là, elle est ...	- plus petite - moins grande (que le garçon)	- petite	- le garçon est plus grand
3	* Ici, la petite fille coiffe sa poupée ; * là, elle ...	- se coiffe - se brosse (les cheveux)	- se peigne - coiffe ses cheveux - se regarde	- coiffe - coiffe elle
4	* Ici, le bol est cassé ; * là il ...	- n'est pas cassé - (s)'est pas cassé - est entier / intact	- est réparé / refait / recollé - est nouveau - est en bon état	- pas cassé - est normal - est complet - est propre
5	* Ici, le monsieur va partir ; * là, il ...	- part - est parti	- démarre / roule / conduit - est dans sa voiture / en route / en train de partir	- va dans sa maison - rentre dans sa voiture
6	* Ici, la petite fille court ; * là, elle pleure parce qu'elle ...	- est tombée - vient de tomber - a glissé / trébuché	- tombe - a perdu sa poupée - s'est fait mal	- tombé - avait tombé



7	* Un oeil ; * des ...	- yeux	- des oeils	- des noëils
8	* Un chanteur ; * une ...	- chanteuse		- madame chanteuse - fille qui chante
9	* Ici, un oiseau est sur le fil ; * là, des oiseaux ...	- sont sur le fil	- ils sont sur le fil - qui sont sur le fil	- est sur le fil - sur le fil - volent - il y en a trois - sont tout petit
10	* Ici, la petite fille cueille des cerises ; * là, elle ...	- les / en mange - les / en prend - les range dans le panier	- mange / prend des cerises - en a déjà cueillies - met les cerises dans son panier	- mange - tombe
11	* Ici, le garçon fait de la gymnastique ; * là, les garçons ...	- font de la gymnastique - sont pieds nus	- ils font de la gymnastique - qui font de la gymnastique	- fait de la gymnastique
12	* Aujourd'hui il rit ; * hier, il ...	- pleurait - a pleuré - jouait avec son ballon - est tombé - tombait	- pleure - tombe	
13	* Aujourd'hui, il se promène ; * demain, il ...	- nagera - ira nager / à la piscine - se baignera - jouera dans l'eau	- nage / plonge - se baigne - va / tombe dans l'eau - va à la mer	- joue - prend son bain - est dans l'eau
14	* Ici, l'ours dort ; * là, les ours ...	- dorment - se reposent - sont couchés		- dort - se réveillent
15	* Ici, le garçon tire la queue du chat ; * là, le garçon ...	- est griffé - a été griffé - s'est fait griffé - pleure parce que le chat l'a griffé - le chat l'a griffé	- se fait griffé (par le chat) - le chat le griffe - le chat lui a fait mal - pleure - il l'a griffé	- le chat griffe le garçon - a mal - le chat a griffé le garçon - le caresse

4. Mémoire phonologique

Il s'agit d'évaluer l'empan de mémoire à court terme de l'enfant en faisant répéter des séries de 2, 3 et 4 chiffres.

Dire à l'enfant :

« Tu écoutes bien les chiffres que je vais te dire puis tu les répètes exactement dans le même ordre quand je te fais signe avec mon stylo. Si je te dis 3-2, tu dois répéter 3-2 quand je te fais signe. »



Les séries sont données clairement lentement, les chiffres détachés les uns des autres d'une seconde.

L'enfant répète la séquence de chiffres dans le même ordre.

On donne deux exemples : 5 - 8, 9 - 1 puis on passe à l'épreuve réelle.

4 - 8 2 - 9 1 - 5 - 3 7 - 2 - 4 2 - 6 - 7 - 1 3 - 9 - 4 - 6

Notation :

Noter le nombre de chiffres de la plus longue suite réussie (maximum 4).

5. Visuospatial et motricité

Reproduction de figures

Montrer la figure d'essai à reproduire puis les points situés en dessous. Dire à l'enfant de dessiner le même trait en dessous en s'aidant des points. Si il réussit, le féliciter et lui demander de poursuivre.

Dans le cas contraire, reproduire le trait correctement sur la fiche en redonnant la consigne et l'inciter à finir.

L'exercice doit se poursuivre sans aide, sans gomme, sans règle ni objet autre qu'un crayon ou un stylo

Notation :

Noter le nombre de figures correctement reproduites sans rature (maximum 6).

Piquage



Disposer le matériel²⁰ devant l'enfant, les entretoises devant la plaque. Dire à l'enfant :

« Tu prends les pions un par un avec une seule main et tu les mets dans les trous le plus vite possible »

Chronométrer l'épreuve.

Notation : Noter le temps nécessaire pour mettre les neuf pions dans les trous.



²⁰ Matériel : voir description dans la partie « OUTILS »



Déplacement mains/pieds

Demander à l'enfant de se placer debout le long du bureau ou d'une table et de poser ses 2 mains à plat sur le bureau. Lui demander de déplacer sur un côté ses mains et ses pieds l'un après l'autre : **d'abord une main puis l'autre main puis un pied puis l'autre**. (attention : on déplace d'abord les 2 mains puis les 2 pieds). Il peut se déplacer vers la droite ou vers la gauche. Il doit le faire 3 fois et on remontre l'exercice entre chaque essai.

Montrer et dire « Tu dois déplacer d'abord tes 2 mains l'une après l'autre et ensuite tes pieds l'un après l'autre, regarde ». Prononcer en même temps que l'on montre : « MAIN-MAIN, PIED-PIED » puis dites « à toi d'essayer ».

Si l'essai est réussi, féliciter l'enfant.

Si l'enfant ne réussit pas, lui dire que ce n'est pas exactement ça et de bien vous regarder.

Passer à l'épreuve :

Recommencer 3 fois en remontrant à chaque fois et en prononçant « MAIN-MAIN, PIED-PIED » Remontrer l'exercice entre chaque essai que l'enfant ait réussi ou pas et ne pas faire de commentaires.

Notation : après l'essai, l'enfant

a réussi 3 fois : 3 points
a réussi 2 fois : 2 points
a réussi 1 fois : 1 point
n'a rien réussi : 0 point

Copie de lettres et symboles



Demander à l'enfant de reproduire le mieux possible, avec un crayon ou un stylo, les formes et les mots sur la feuille où sont dessinés les exemples. Chronométrer.

Notation : temps en secondes et score 1 point par forme et par lettre correctement reproduite (maximum 15)

Pour les symboles, la reproduction est réussie quand il y a respect des formes, des angles (avec une tolérance d'environ 20 degrés), des dépassements (pour les formes ressemblant au « a » et au « z »).

Pour les lettres, la reproduction est réussie quand les lettres sont reconnaissables et que les liaisons et les hauteurs respectives sont respectées.



6. Attention

Attention sélective auditive

Ce test d'attention sélective en modalité auditive est un test de « frappé » comportant un test contrôle et un test conflit.

Le test "contrôle" : frapper une ou deux fois avec la main sur la table et inviter l'enfant à faire exactement comme vous : « fais exactement comme moi : je frappe une fois (p), tu dois frapper une fois, je tape deux fois (pp), tu dois taper deux fois »;

Procéder aux essais (p et pp), puis proposer la série, l'enfant imitant chaque frappé :

p pp pp pp p p pp pp p

Le test "conflit" est à utiliser à partir de 5 ans et si le score à l'item précédent est de plus de 8 points.

« Tu dois maintenant faire le contraire de moi. Si je tape une fois (p) tu dois taper deux fois (pp) et si je tape deux fois (pp) tu dois taper une fois (p) ».

Procéder aux essais (p et pp), puis proposer la série :

p pp pp p p pp p pp pp p

Si l'enfant se trompe, par exemple frappe une fois quand vous frappez une fois, passer à la frappe suivante sans commentaire.

Notation :

On compte 1 point par frappe correctement réalisée. Le score maximal est de 10 points pour chaque série.

Questionnaires de Conners

Ces questionnaires ne sont pas un outil diagnostique mais un outil de dépistage pour évaluer les signes décrits qui renvoient autant au trouble des conduites qu'à l'hyperactivité. Ils évaluent le retentissement dans les milieux différents avec des items standardisés. Ils permettent également de pointer les éléments prédominants : hyperactivité ou inattention et d'en suivre l'évolution.

Chacun des deux parents remplit le questionnaire parents, l'enseignant remplit le questionnaire enseignant en tenant compte de la notation suivante pour chaque item :

0 = pas du tout

1 = un peu

2 = beaucoup

3 = énormément

Notation : Faire le total des points par questionnaire

Questionnaire parents

Un score supérieur à 15 suggère des indices de THADA chez l'enfant.

Les items 1, 3, 4, 6 sont évocateurs d'hyperactivité/impulsivité.

Les items 7 et 9 sont évocateurs de difficultés d'apprentissage.

Questionnaire enseignant

Un score supérieur à 15 suggère des indices de THADA chez l'enfant.

Les items 1, 4, 7 et 8 sont évocateurs d'hyperactivité/impulsivité.

Les items 2, 5, et 6 sont évocateurs de troubles du comportement.

Les items 3, 9 et 10 sont évocateurs d'inattention, passivité.

²⁰ Woodruff M. E. (1972) Observations on the visual acuity of children during the first five years of life. *American Journal of Optometry and Archives of American Academy of Optometry*, 49, 205-215



ÉTALONNAGE, MÉTHODE, QUELQUES DONNÉES

Le BSEDS 5-6 permet le dépistage des retards et troubles cognitifs impliqués dans l'apprentissage de la lecture en utilisant des sub-tests de langage oral, de métaphonologie, de traitement de l'information visuelle, d'attention, de mémoire à court terme et de motricité fine. La démarche et le cadre théorique utilisés se réfèrent à la neuropsychologie.

L'usage d'épreuves étalonnées est le moyen le plus sûr de constater l'existence d'un retard ou d'un trouble du développement et d'en apprécier la sévérité. L'étalonnage des tests (matériel, administration, score) permet de situer le score de l'enfant par rapport à la distribution observée dans l'enquête.

Méthode

- Le BSEDS 5-6 (version3) avait été étalonné auprès d'un échantillon de 1076 enfants de grande section de maternelle. Les bilans avaient été faits durant l'année scolaire 1998-99 entre le début novembre et la fin janvier. Tous les items du BSEDS ont été réétalonnés pour cette nouvelle édition (version 4) sur un échantillon global de 750 enfants répartis sur 8 départements français (12, 19, 36, 38, 73, 74, 82, 97). Les pratiques pédagogiques concernant notamment les activités phonologiques et métaphonologiques se sont développées en particulier avec les programmes scolaires de 2002, ce qui explique la variation des données statistiques (augmentation des moyennes et diminution de l'écart type des épreuves correspondantes).

- L'échantillon des 750 enfants retenus est représentatif (REP, CSP)²¹ des enfants scolarisés en France métropolitaine. Ont été exclus de la population de référence les enfants ayant une année de retard et ceux qui avaient une déficience mentale identifiée.

- Le BSEDS 5-6 présente un étalonnage de toutes les variables en fonction de l'âge des élèves au moment de l'examen, en **2 classes d'âge** de 6 mois : **une entre 59 mois et 64 mois inclus** soit moins de 5 ans 5 mois (n=237) et **une entre 65 mois et 72 mois inclus** soit plus de 5 ans 4 mois (n=513). **Chacune des variables quantitatives est décrite avec sa moyenne, son écart type, et la répartition en percentile.** Les variables qualitatives en oui/non, telle que « utilisation des subordonnées » sont données en pourcentage d'échec (pour cet exemple : non = 14,7 % pour la deuxième classe d'âge).

- Les épreuves de production orale (TCG, dénomination rapide de couleurs, et d'images), l'empan de chiffres, les tests d'attention sélective contrôle et conflit, les items du questionnaire enseignant et tous les items du bilan standard ont été ré-étalonnés. Les observations ont été effectuées en fin du premier trimestre et le début du deuxième trimestre de la grande section. Les biais d'échantillonnage (REP et CSP) mesurés par rapport à la population scolarisée en France métropolitaine, ont été corrigés par des pondérations.

ÉTALONNAGE

Avertissement :

- Tous les étalonnages ont été réalisés au cours du deuxième trimestre 2010, de grande section de maternelle. Il faudra en tenir compte dans l'interprétation des résultats.
- Deux types de repère sont utilisés pour l'étalonnage et **regroupés dans une même grille**.
 - La **moyenne et les écarts types** qui s'y réfèrent supposent une distribution normale.
 - Les **déciles** classent les enfants par groupe de 10% de l'échantillon : le 90^{ème} décile représente le score au-dessus duquel se situent les 10% des enfants ayant le meilleur score.



²¹ REP : réseau d'éducation prioritaire
CSP : catégorie socio-professionnelle
Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble
BSEDS (V4.0) – 2011



- Les sub-tests qui composent le BSEDS 5-6 sont pour la plupart issus de tests déjà existants et dont la spécificité est déjà reconnue :

Questionnaire enseignant : Q-EM : A.Florin, P.Guyard, A.Nocus

Reproduction de figures : M.Frostig

Barrage de cloches : Gauthier, Dehaut, Joannette

Reconnaissance des lettres, Logatomes : S.Borel-Maisonny

Attention sélective auditive : C.Billard

Vocabulaire - TVP : JJ.Deltour et D.Hupkens

Compréhension orale - ECOSSÉ : P.Lecocq

Langage en production - TCG : JJ.Deltour

Conscience phonologique : M.Jacquier-Roux et M.Zorman

FICHE DE SYNTHÈSE POUR L'ENSEIGNANT

Repères pour les enfants d'âge	< 5 ans 4 mois	≥ 5 ans 5 mois
	% d'échec	% d'échec
À l'école		
Joue avec les autres à la récréation	2,5	1,4
Exécute le travail scolaire prescrit	8,5	4,5
Attention et comportement Moyenne (3)	(<2) 15%	(<2) 15%
Langage		
Intervient verbalement dans la classe lorsqu'il est interrogé	8,9	5,7
Prononciation correcte	20,8	13,7
Utilisation systématique des déterminants et des pronoms	12,8	6,5
Utilisation des subordonnées	16,1	11
Motricité		
Découpage < Moyenne (9)	15%	15%
Figures géométriques Moyenne (6)	(<4) 15%	(<4) 15%



JUSQU'À 5 ANS 5 MOIS

Tranche d'âge: de 59 à 64 mois

BILAN STANDARD

	- 2 ET	c 10	- 1 ET	MOY	c 90	Ecart-type
Traitement de l'information visuelle						
Nb de cloches en 1 mn	5	8	9	13	17	3,9
Reconnaissance de lettres Score	12	14	14	17	20	2,5
Reconnaissance de lettres Tps	151	133	125	100	72	25,5
Phonologie						
Total phonologie	6	10	12	17	23	5,5
Motricité						
Découpage	7	8	8	9	10	1,4
Reprod. figures géométriques	2	3	4	6	9	2,3
Equilibre unipodal Temps	2	3	5	8	10	2,9

BILAN APPROFONDI

	- 2 ET	c 10	- 1 ET	MOY	c 90	Ecart-type
Langage en réception						
Vocabulaire TVP	7	10	12	17	23	5,2
Compréhension orale ECOSSE	2	3	4	7	9	2,3
Langage en production						
Logatomes	4	6	7	9	10	2,1
Dénomination rapide Couleurs	67	59	53	38	25	14,5
Dénomination rapide Images	59	52	49	38	26	10,7
TCG	9	12	14	19	24	4,9
Mémoire phonologique						
Nbre max de chiffres répétés	2	3	3	4	4	0,7
Visuo-spatial et motricité						
Reproduction figures	2	3	3	5	6	1,5
Piquage Temps	41	35	33	26	19	7,4
Déplacement Main-Pied	0	0	1	2	3	1,1
Copie lettres et symboles Score	3	5	6	10	14	3,5
Copie lettres et symboles Tps	227	190	85	132	79	47,1
Attention						
Sélective auditive Contrôle	7	8	8	9	10	1,2
Sélective auditive Conflit	4	5	6	8	10	2,4

Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble
BSEDS (V4.0) – 2011



III.5

À PARTIR DE 5 ANS 5 MOIS

Tranche d'âge: de 65 à 72 mois

BILAN STANDARD

	- 2 ET	c 10	- 1 ET	MOY	c 90	Ecart-type
Traitement de l'information visuelle						
Nb de cloches en 1 mn	6	9	10	14	18	3,9
Reconnaissance de lettres Score	12	14	15	17	20	2,5
Reconnaissance de lettres Tps	146	127	119	92	60	27,4
Phonologie						
Total phonologie	9	12	14	18	23	4,6
Motricité						
Découpage	7	8	8	9	10	1,4
Reprod. figures géométriques	2	3	4	6	9	2,3
Equilibre unipodal Temps	3	4	6	8	10	2,6

BILAN APPROFONDI

	- 2 ET	c 10	- 1 ET	MOY	c 90	Ecart-type
Langage en réception						
Vocabulaire TVP	10	13	14	19	25	4,5
Compréhension orale ECOSSE	3	5	5	7	10	2,1
Langage en production						
Logatomes	6	7	7	9	10	1,6
Dénomination rapide Couleurs	61	50	49	36	23	12,8
Dénomination rapide Images	59	51	48	37	26	10,9
TCG	11	15	16	20	25	4,5
Mémoire phonologique						
Nbre max de chiffres répétés	3	3	3	4	4	0,5
Visuo-spatial et motricité						
Reproduction figures	2	3	3	5	6	1,5
Piquage Temps	39	33	32	24	17	7,4
Déplacement Main-Pied	0	0	1	2	3	1,0
Copie lettres et symboles Score	5	6	8	11	15	3,3
Copie lettres et symboles Tps	204	179	163	122	80	40,7
Attention						
Sélective auditive Contrôle	8	8	9	10	10	0,9
Sélective auditive Conflit	5	7	7	9	10	2,0

Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble
BSEDS (V4.0) – 2011



III.6

SEUILS INTERNATIONAUX DE MASSE CORPORELLE (IMC)

Pour définir le surpoids et l'obésité de l'enfant se référer à ce tableau²²

Age (en années)	IMC du surpoids		IMC de l'obésité	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
5 ans	17,42	17,15	19,30	19,17
5 ans et demi	17,45	17,20	19,47	19,34
6 ans	17,55	17,35	19,78	19,65
6 ans et demi	17,71	17,53	20,23	20,08

Lecture : pour un garçon de 6 ans mesurant 120 cm, l'IMC du surpoids est de 17,55 ; ce qui correspond à un poids de 25,272 kg. Au-delà il est considéré comme étant en surpoids. Le seuil de l'obésité est de 19,7 ; ce qui correspond à un poids de 28,483 kg. Pour une fille du même âge et de la même taille, le seuil de surpoids est de 24,977 kg et celui de l'obésité de 28,296 kg.

Surpoids et obésité chez l'enfant

La surcharge pondérale correspond à un excès de masse grasse. Si elle est sévère, on parle d'obésité, sinon elle est qualifiée de « légère » ou « modérée ». L'un des principaux indicateurs utilisés pour évaluer la corpulence corporelle est l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI pour Body Mass Index) qui correspond au rapport poids/taille² en unité (kg/m²) et qui est facile à mesurer dans le cadre des bilans de 6 ans. Les seuils retenus pour estimer le surpoids et l'obésité correspondent aux nouvelles recommandations internationales.

En effet, un consensus international s'est désormais établi pour définir pour les adultes les seuils de surpoids à un IMC de 25 et d'obésité à 30. Pour l'enfant, le problème est plus difficile en raison de l'évolution du rapport entre son poids et sa taille au cours de sa croissance et il est donc nécessaire de disposer de seuils différents selon l'âge pour définir le surpoids et l'obésité. Une nouvelle définition a toute fois été élaborée par un groupe de travail sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé²³. Ces seuils ont été établis séparément pour les filles et les garçons. Une expertise collective de l'INSERM²⁴ a examiné en détail l'origine et la construction cet indice. Un tableau de correspondance entre le poids, la taille et ces seuils d'IMC y est reconstitué à partir des indices de surpoids. Le tableau présente les seuils ainsi définis pour les âges concernés par l'étude.

²² ETUDES et RESULTATS N°155 - janvier 2002. DREES: direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

²³ COLE et coll., British medical journal 2000,320.

²⁴ «Obésité et prévention chez l'enfant», édition INSERM Juin 2000.

Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble
BSEDS (V4.0) – 2011



III.7

Annexe concernant les étalonnages

Les repères proposés dans les tableaux d'étalonnage du dépistage de santé scolaire sont de 2 types.

- Les colonnes moyenne [MOY], moins un écart-type [- 1 ET], moins deux écarts-types [- 2 ET] situent immédiatement le résultat (score ou temps) de l'enfant dans l'un des 3 intervalles :
 - à droite de la colonne [- 1 ET] : aucune difficulté
 - entre les colonnes [- 2 ET] et [- 1 ET] : des difficultés, à surveiller ou approfondir
 - à gauche de la colonne [- 2 ET] : enfant en grande difficulté

Plus on va vers la gauche, parmi les colonnes, plus le résultat est faible : de plus en plus voisin de zéro si le résultat est un score, de plus en plus long s'il s'agit d'un temps.

- Les colonnes percentile 10 [c 10] et percentile 90 [c 90] permettent, dans certains cas, de préciser le positionnement du résultat de l'enfant par rapport aux résultats observés dans l'enquête:
 - La colonne [c 90] contient la valeur du résultat qui n'est dépassée (vers le mieux), que par 10% des enfants de l'enquête. Autrement dit, 90% des enfants ont obtenu un score inférieur à la valeur [c 90], ou mis un temps plus long que [c 90], s'il s'agit d'un temps. Aucun problème avec ce repère, sa valeur se trouve toujours du bon côté de la moyenne vers la droite.
 - Dans la colonne [c 10] se trouve la valeur (faible en score, élevée en temps), telle que seulement 10% des enfants "font moins bien", c'est à dire ont un score < à la valeur [c 10], ou temps > au temps [c 10]. Si l'effectif de l'enquête est très grand (1000 enfants), et si les résultats de ces 1000 enfants sont répartis selon la courbe en cloche, dite loi "normale", alors la valeur [c 10] est égale à la moyenne moins 1.2816 écart-type. Elle est bien à sa place, entre ses voisines [- 2 ET] à sa gauche, et [- 1 ET] à sa droite. **Lorsque les 2 conditions ci-dessus ne sont pas remplies, il peut arriver que la valeur de [c 10] soit extérieure à l'intervalle compris entre [- 2 ET] et [- 1 ET] et dans ce cas (rare), nous prions l'utilisateur de bien vouloir corriger par la pensée cette anomalie de position dans la ligne.**
- La colonne écart-type [Ecart-type] sert à calculer combien d'écarts-types (Z score) séparent un résultat très faible de la moyenne.
 - Z-score = (Score de l'enfant – Moyenne)/Écart-type

Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble
BSEDS (V4.0) – 2011



III.8

EXAMEN CLINIQUE	
Poids	IMC
Taille	

Observations/ Conclusions Examens complémentaires demandés et suivis proposés Aménagements pédagogiques
--

BSEDS (V4.0) – 2011 – Cognisciences

BSEDS 5-6 / BILAN DÉVELOPPEMENTAL	
NOM Prénom	Ecole
Date naissance	Date examen
Âge	Présence des parents O / N
ANAMNESE	
Grossesse	Accouchement
Terme	Poids
Âge de la marche	APGAR
Propriété acquise	J N
Langage :	
Jeu de mots (âge)	
Rimes (2-3 mots)	
Compréhensible à l'entrée à l'école ?	
Langues parlées à la maison	
Antécédents médico-chirurgicaux	
Scolarité	
Âge d'entrée à l'école	
Fréquentation	
Adaptation	
Difficultés / Troubles présentés / Prises en charge	
sommeil	
alimentation	
comportement	
langage	
autres	
<i>Antécédents familiaux de trouble du langage, des apprentissages ou du comportement</i>	

FICHES DE RECUEIL

- Une fiche de repérage enseignant
- Une fiche de bilan santé scolaire comprenant le recto et en verso, 2 proposition de fiches :
 - Une suivant l'ordre de passation bilan standard/bilan approfondi
 - L'autre qui regroupe au mieux les épreuves par module



Groupe Cognisciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble
BSEDS (V4.0) – 2011

IV.1

BILAN STANDARD		BILAN APPROFONDI	
1. VISION	Acuité visuelle de loin Avec verres Hypermétropie (+2,6) Vision binoculaire (Lang) Vision des couleurs Nature des problèmes de vue connus :	N Tr N Tr N Tr N Tr	N Tr N Tr
2. TRAITEMENT DE L'INFORMATION VISUELLE	Nb de cloches en 1 mn (9)* Reconnaissance de lettres	Score (14-15)* /35 Tps (127-119)*	
3. AUDITION	Oreille D Oreille G Nature des problèmes d'audition connus :	500 1000 2000 4000	
4. LANGAGE EN PRODUCTION	Discours spontané / Production orale		
5. PHONOLOGIE	Rimes Comptage syllabique Suppression syllabique Total (12-14)*	/8 /5 /10 /23	
6. MOTRICITÉ	Cloche-pied Équilibre unipodal	0 1	/10
*Valeur de seuil de repérage selon le tableau pour les 2 catégories d'âge			

BSEDS (V4.0) – 2011 – Cognisciences

IV.2

BILAN DE SANTÉ		REPÉRAGE ENSEIGNANT	
BSEDS	5 à 6 ans	Nom : Prénom : Âge au moment de l'examen :	Date :
1. ATTENTION, COMPORTEMENT / APPRENTISSAGES		Joue avec les autres à la récréation Exécute le travail scolaire prescrit Est capable d'une attention (entourer le chiffre)	
		oui non oui non 3 2 1	
Observations :			
		TOTAL (3)* /5	
2. LANGAGE		Intervient verbalement lorsqu'il est interrogé Prononciation correcte Utilisation systématique des déterminants et des pronoms Utilisation des subordonnées (qui, comme, parce que ...)	
		oui non oui non oui non oui non	
Observations :			
		TOTAL (2)* /4	
3. MOTRICITÉ		Découpage Figures géométriques	
		score score /10 /9 /19	
Observations :			
		TOTAL (12)* /19	
*Valeur de seuil de repérage des difficultés Pour chaque type d'observation, noter oui, non ou pas			

BSEDS (V4.0) – 2011 – Cognisciences

BSEDS (V4.0) – 2011 – Cognisciences

BILAN DE SANTÉ		REPÉRAGE ENSEIGNANT	
BSEDS	5 à 6 ans	Nom : Prénom : Âge au moment de l'examen :	Date :
1. ATTENTION, COMPORTEMENT / APPRENTISSAGES		Joue avec les autres à la récréation Exécute le travail scolaire prescrit Est capable d'une attention (entourer le chiffre)	
		oui non oui non 3 2 1	
Observations :			
		TOTAL (3)* /5	
2. LANGAGE		Intervient verbalement lorsqu'il est interrogé Prononciation correcte Utilisation systématique des déterminants et des pronoms Utilisation des subordonnées (qui, comme, parce que ...)	
		oui non oui non oui non oui non	
Observations :			
		TOTAL (2)* /4	
3. MOTRICITÉ		Découpage Figures géométriques	
		score score /10 /9 /19	
Observations :			
		TOTAL (12)* /19	
*Valeur de seuil de repérage des difficultés Pour chaque type d'observation, noter oui, non ou pas			

OUTILS

VISION - BS
Acuité visuelle de loin
Avec verres
Hypermétropie (+2.6)
Vision binoculaire (Lang)
Vision des couleurs
Nature des problèmes de vue connus :

D	/10	/10	G
	/10	/10	
N	Tr		
N	Tr		

AUDITION - BS
Oreille D
Oreille G
Nature des problèmes d'audition connus :

500	1000	2000	4000

LANGAGE EN PRODUCTION - BS
Discours spontané / Production orale

TRAITEMENT DE L'INFORMATION VISUELLE - BS
Nb de cloches en 1 mn (9)* /25
Reconnaissance de lettres
Scores (14-15)* /20
Tps (127-119)* "

OCULOMOTRICITE - BA
Convergence N Tr
Phorie N Tr
Poursuite oculaire N Tr

LANGAGE EN PRODUCTION - BA

Logatomes (7)* /10
Dénomination rapide Couleurs(49)*
TCG (13-15)* /30

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

VISIO-SPATIAL et MOTRICITE - BS

Cloche-pied 0 1 /10
Équilibre unipodal

VISIO-SPATIAL et MOTRICITE - BA

Reproduction de figure (2-3)* /6
Piquage (Temps) (33-31)* "
Déplacement Main-Pied (0)* /3
Copie de lettres et symboles Sc. (6-8)* /15
Tps (180-160)* "

ATTENTION - BA

Selective auditive Contrôle (9)* /10
Conflit (6-7)* /10
Conners Parents /30
Enseignant: /30

LANGAGE EN RECEPTION - BA

Vocabulaire TVAP (14)* /30

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	

Compréhension orale ECOSSE (5)* /10

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

PHONOLOGIE - BS

Rimes /8
Compliage syllabique /5
Suppression syllabique /10
Total (12-14)* /23

MEMOIRE PHONOLOGIQUE - BA

Nbre max de chiffres répétés (2)* /4

*valeur au seul de repérage selon étiquetage pour les 2 catégories d'âge

BS = Bilan Standard

BA = Bilan Approfondi

BSEDS (V4.0) – 2011 – Cognisciences

OUTILS

Les outils sont téléchargeables sur :

<http://www.cognisciences.com/pdf/outilsbseds4.pdf>

Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble
BSEDS (V4.0) – 2011



V.1

SOMMAIRE

Découpage	V.3
Figures géométriques	V.4
Barrage de cloches	V.5
Reconnaissance de lettres	V.6
Vocabulaire	V.7
Compréhension orale	V.16
Dénomination des couleurs	V.22
Dénomination d'images	V.23
Production orale	V.24
Reproduction de figures	V.41
Matériel de piquage	V.42
Copie de lettres et symboles	V.43
Questionnaire de Conners – Parents	V.44
Questionnaire de Conners – Enseignant	V.45

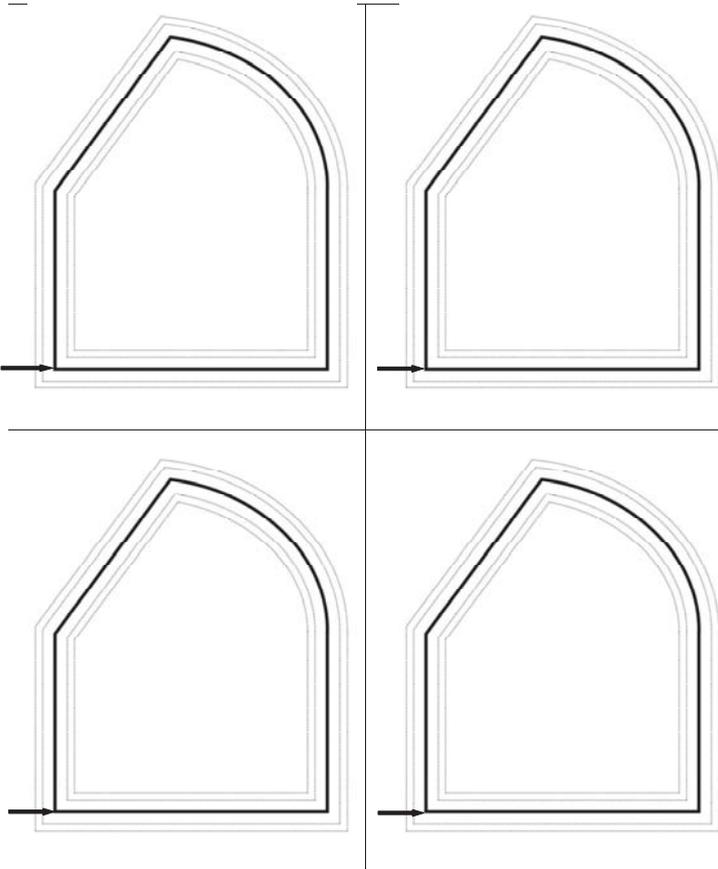


V.1



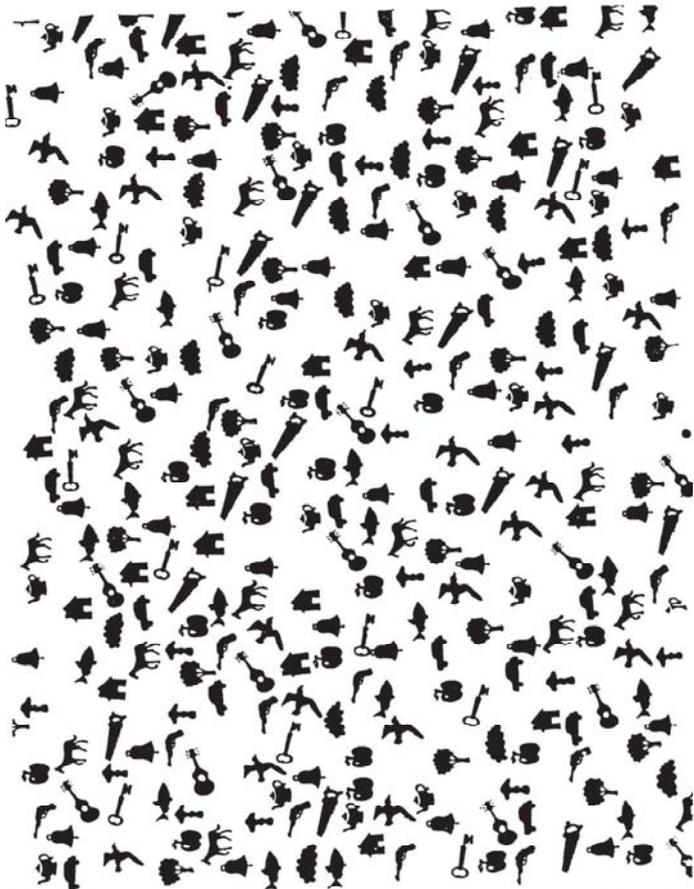
V.2

Découpage



Figures géométriques

		Score :
		Score :
		Score :



Reconnaissance de lettres

essai : mo

a	l	n	d	o
p	m	b	u	
c	q	w		

cpl

wulo

abld

clbpm

olqb



Vocabulaire



V.7

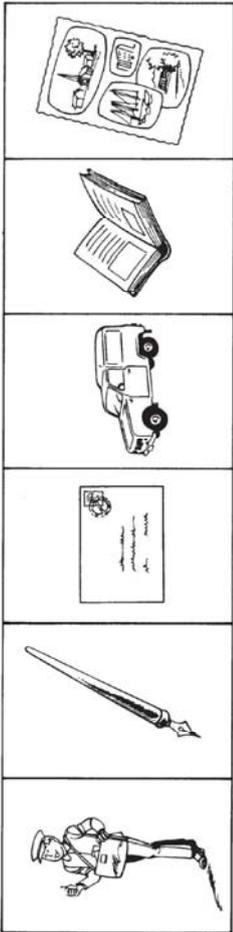
BSEB 2011 – d'après le TVP



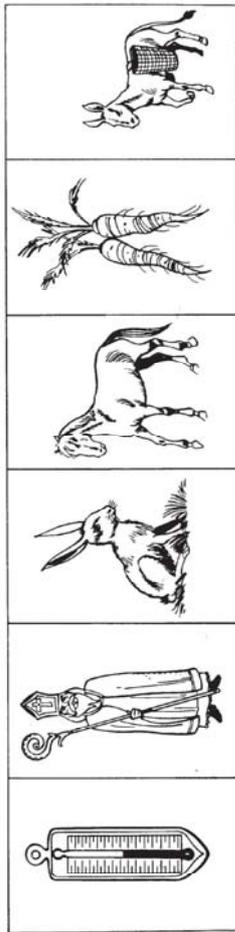
Cogni-Sciences, Laboratoire des Sciences de l'Éducation – UPMF Grenoble

V.9

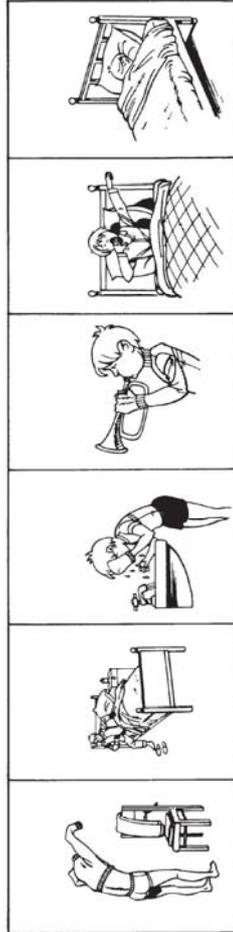
3



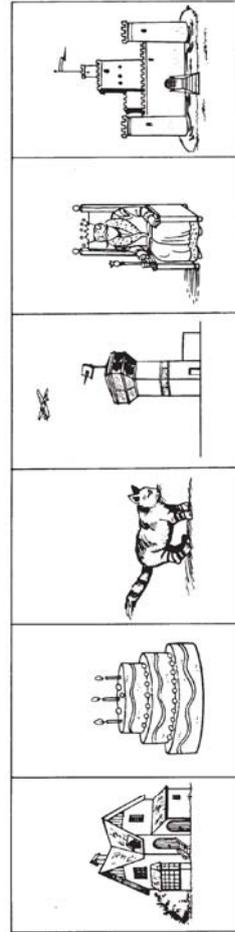
4



5



6



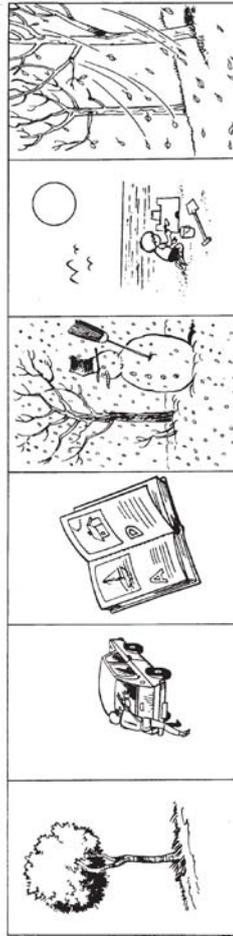
V.10

Cogni-Sciences, Laboratoire des Sciences de l'Éducation – UPMF Grenoble

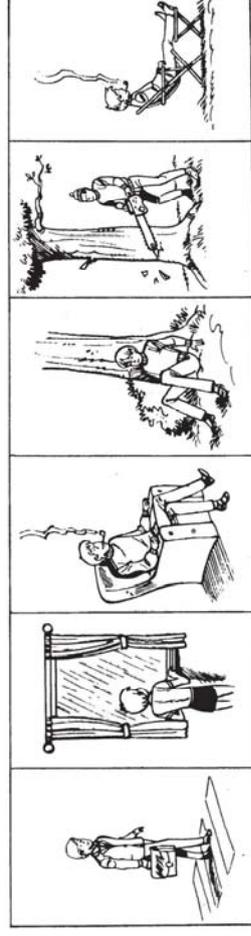


BSEB 2011 – d'après le TVP

1



2



V.8

Cogni-Sciences, Laboratoire des Sciences de l'Éducation – UPMF Grenoble

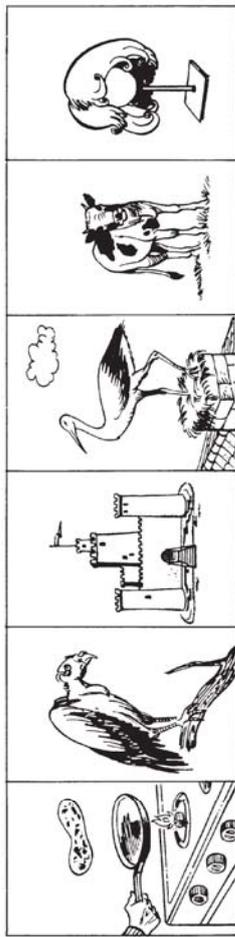


BSEB 2011 – d'après le TVP

11



12



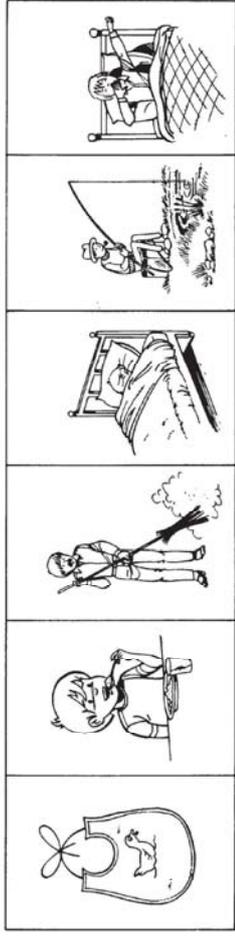
V.13

Cogni-Sciences, Laboratoire des Sciences de l'Éducation – UPMF Grenoble

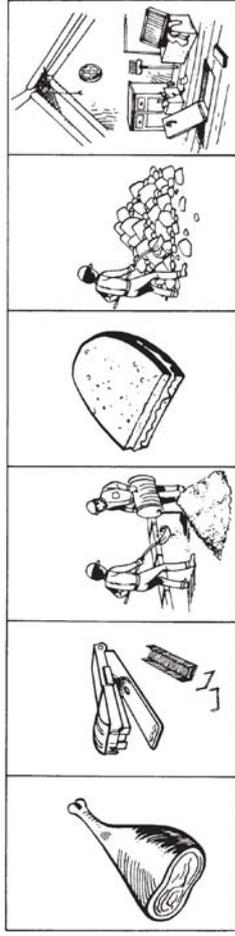


BREDS 2011 – d'après le TYP

7



8



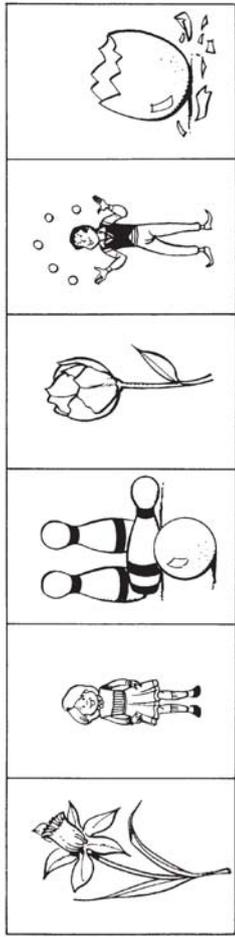
V.11

Cogni-Sciences, Laboratoire des Sciences de l'Éducation – UPMF Grenoble

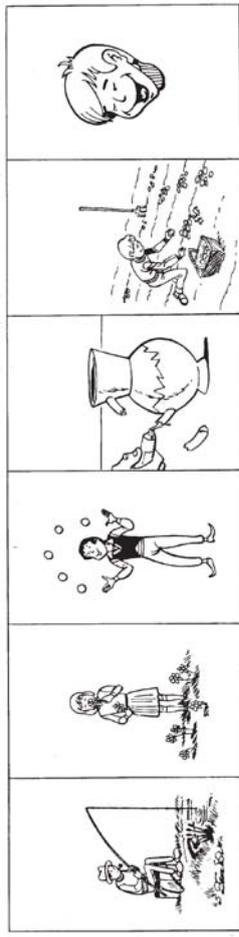


BREDS 2011 – d'après le TYP

13



14



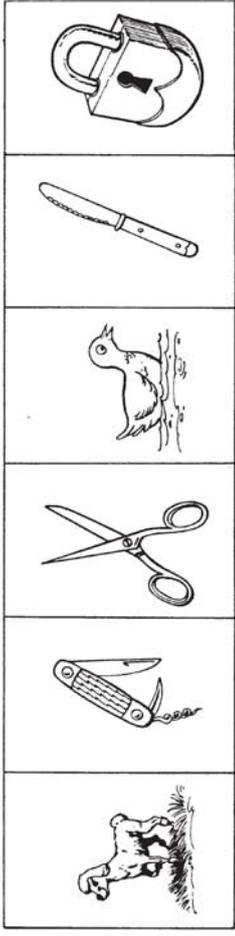
V.14

Cogni-Sciences, Laboratoire des Sciences de l'Éducation – UPMF Grenoble

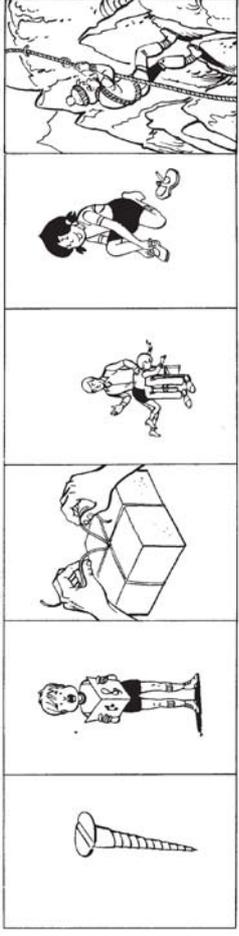


BREDS 2011 – d'après le TYP

9



10

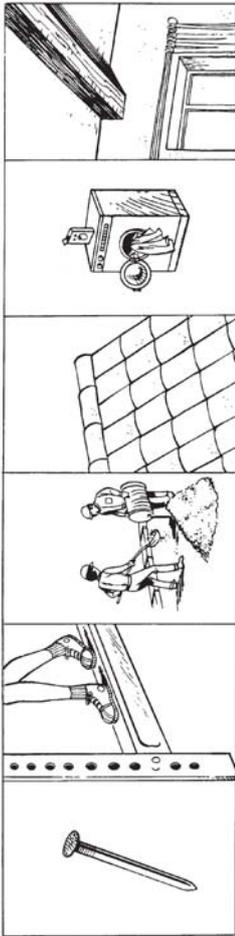


V.12

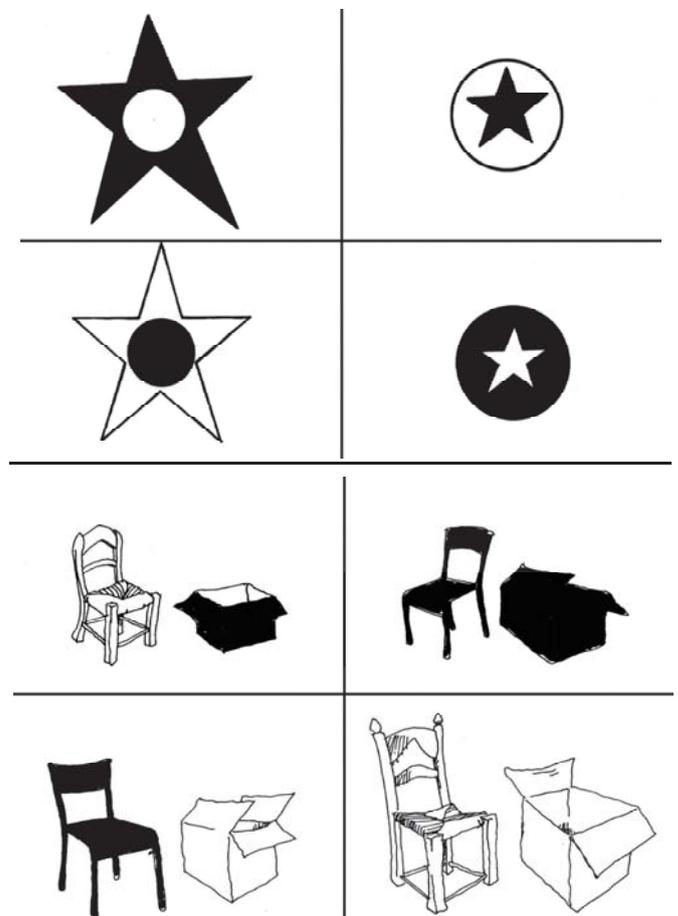
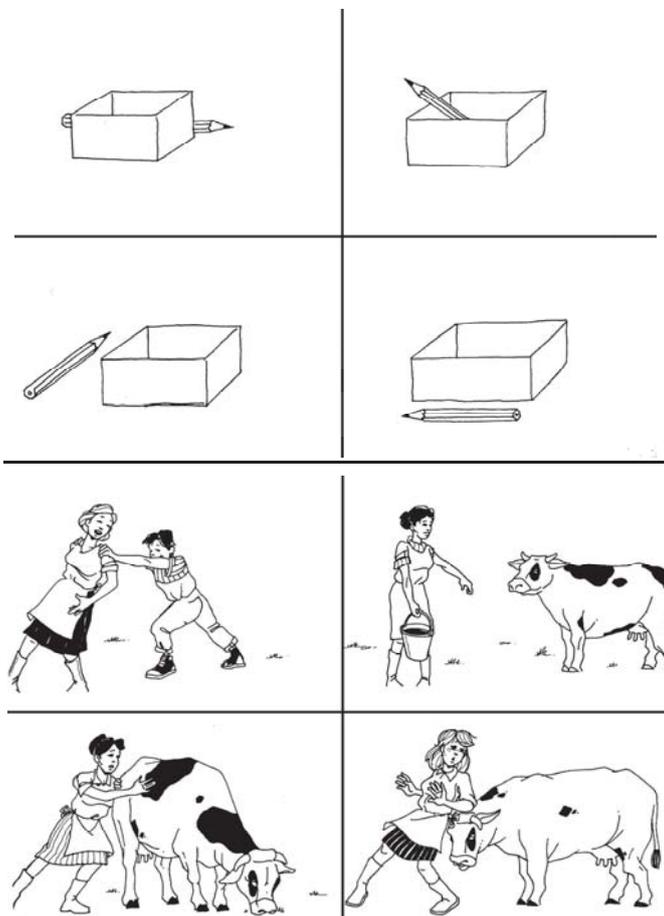
Cogni-Sciences, Laboratoire des Sciences de l'Éducation – UPMF Grenoble

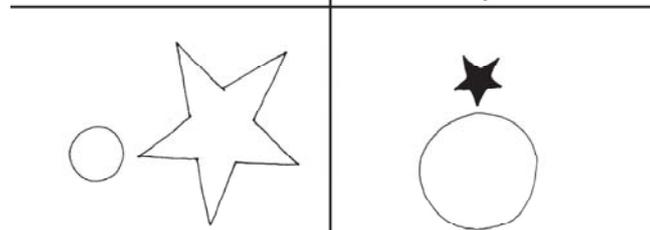
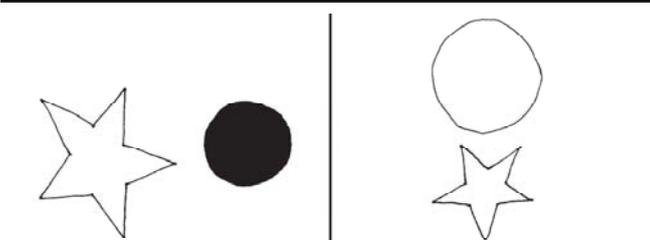
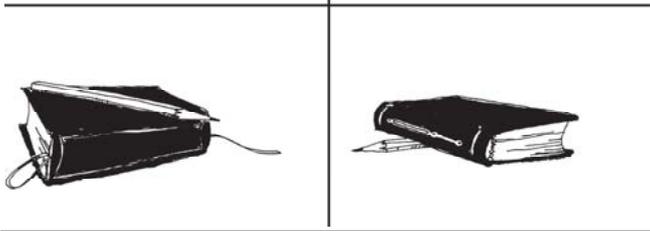
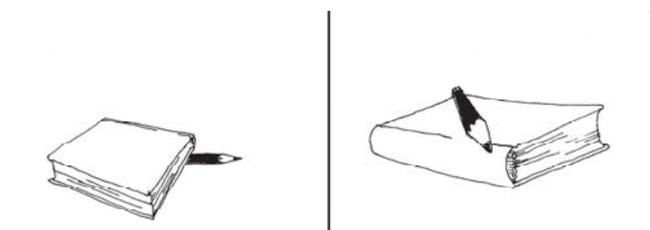
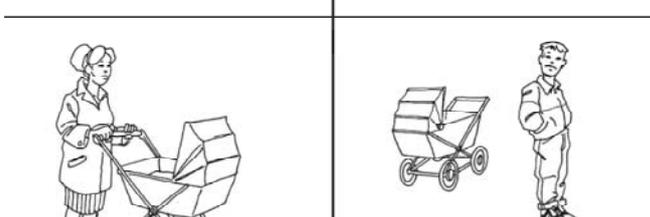
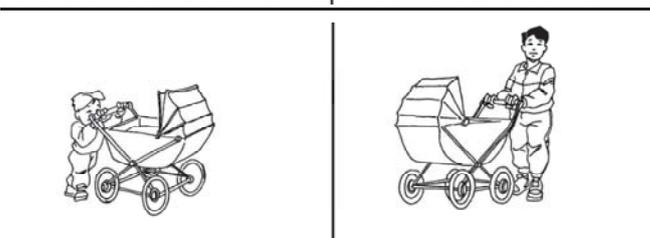
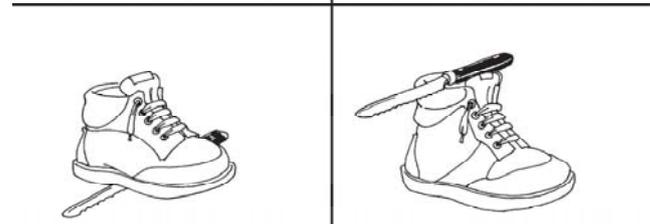
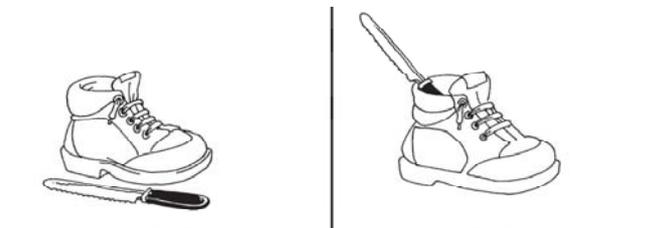
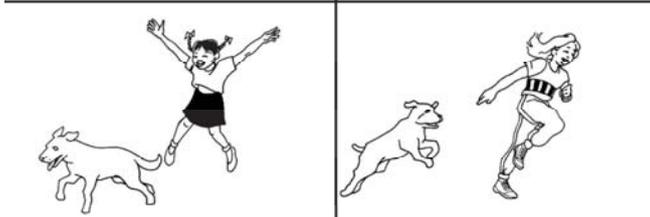
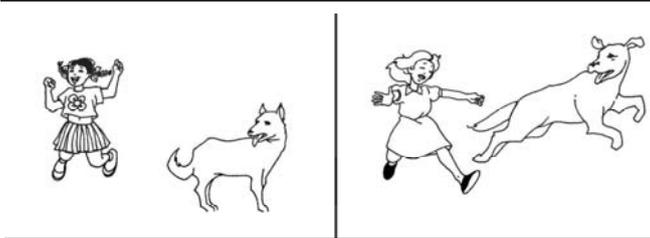
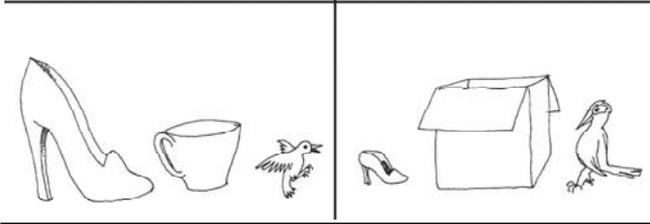
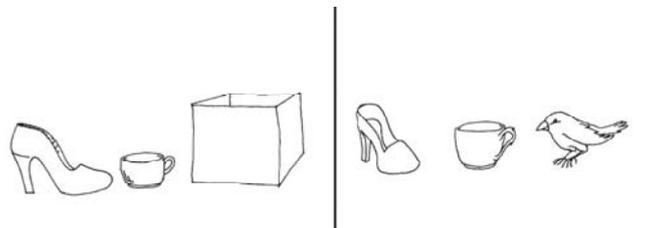


BREDS 2011 – d'après le TYP



Compréhension orale

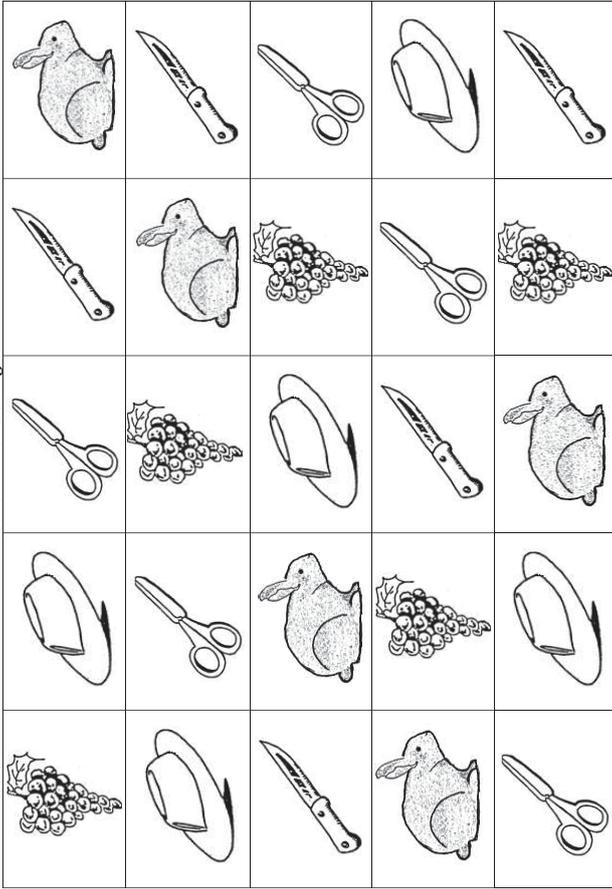




Dénomination des couleurs



Dénomination d'images



Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

V.23

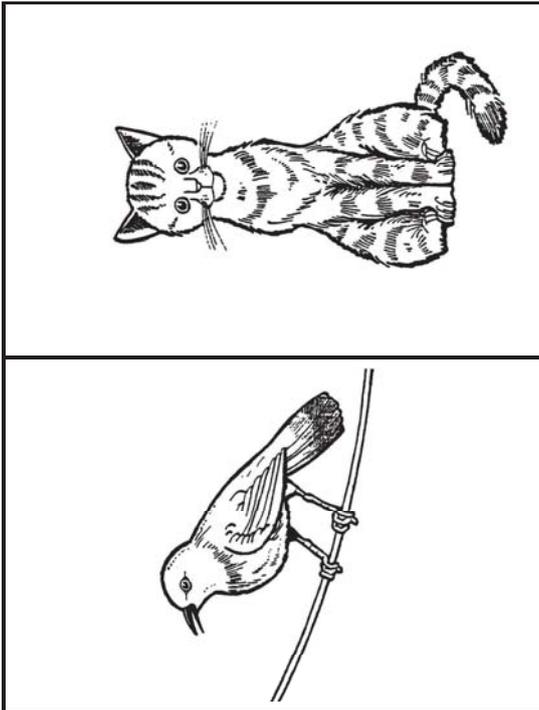
Production orale

Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble



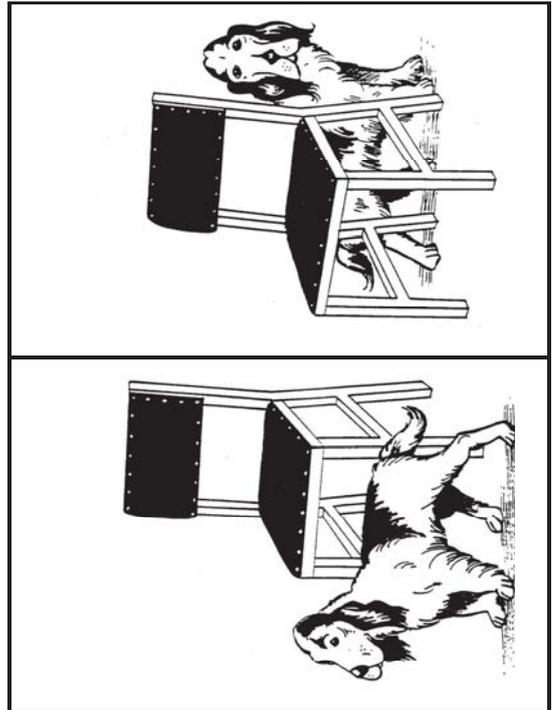
V.24

Essai



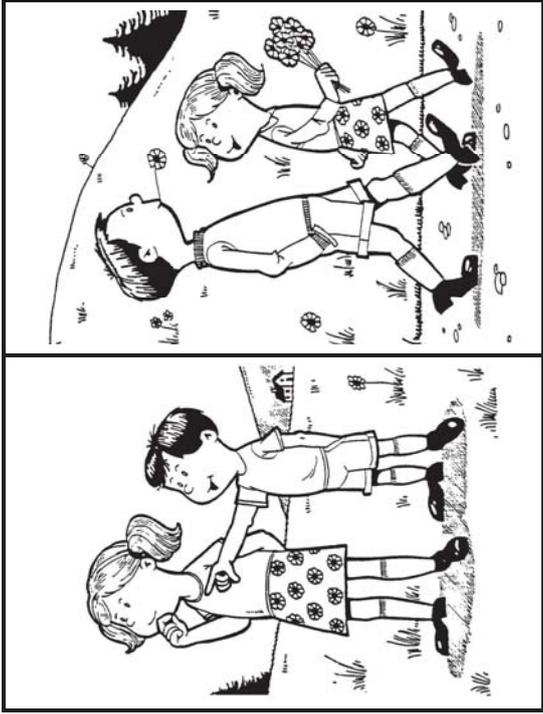
Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

V.25



Groupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

V.26

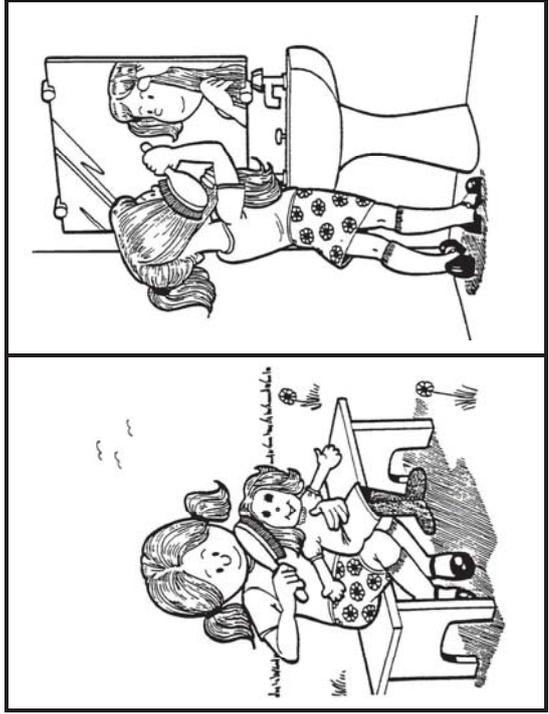


2



Grøupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Education - Grenoble

V.27

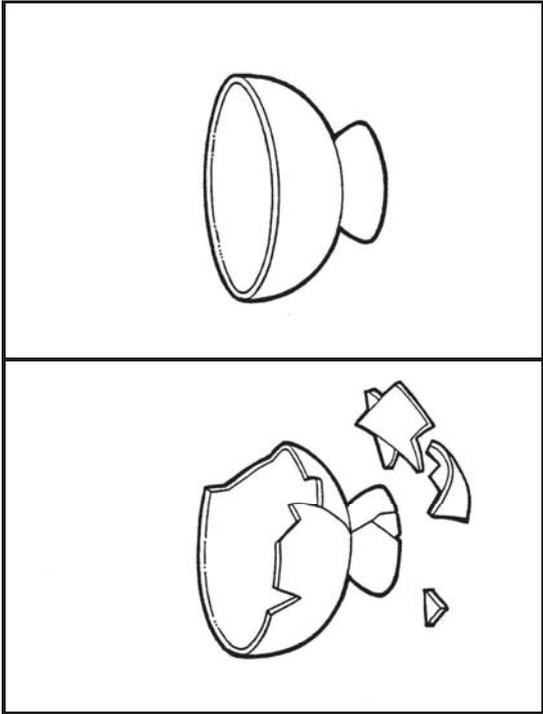


3



Grøupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Education - Grenoble

V.28

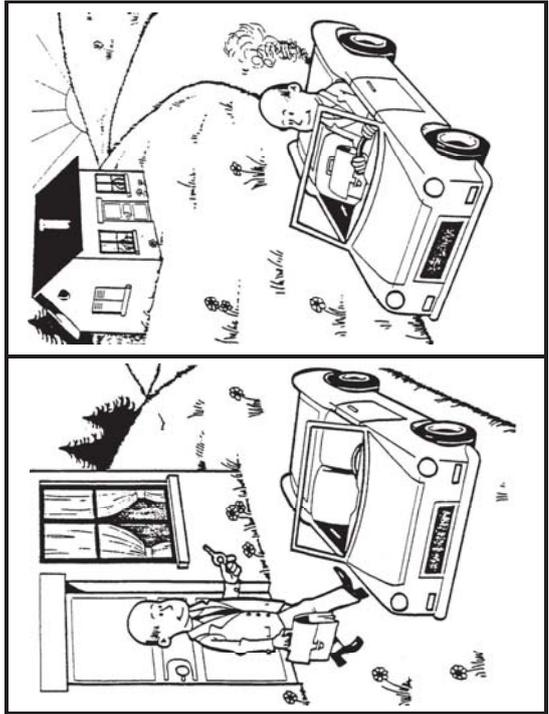


4



Grøupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Education - Grenoble

V.29

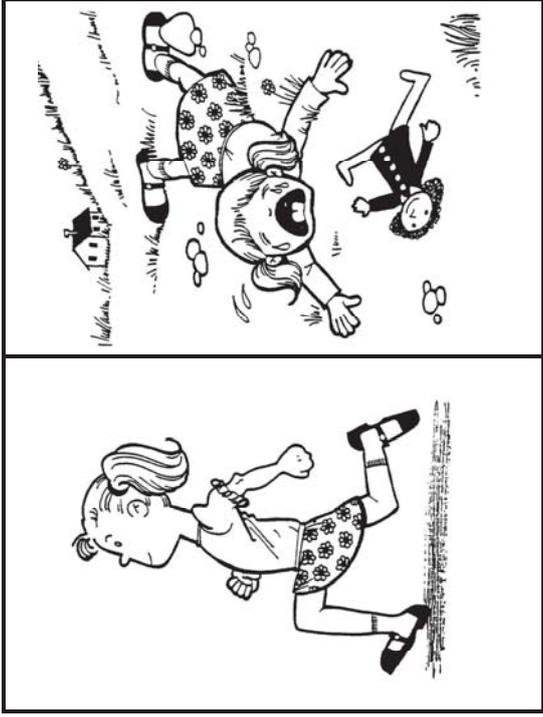


5



Grøupe Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Education - Grenoble

V.30

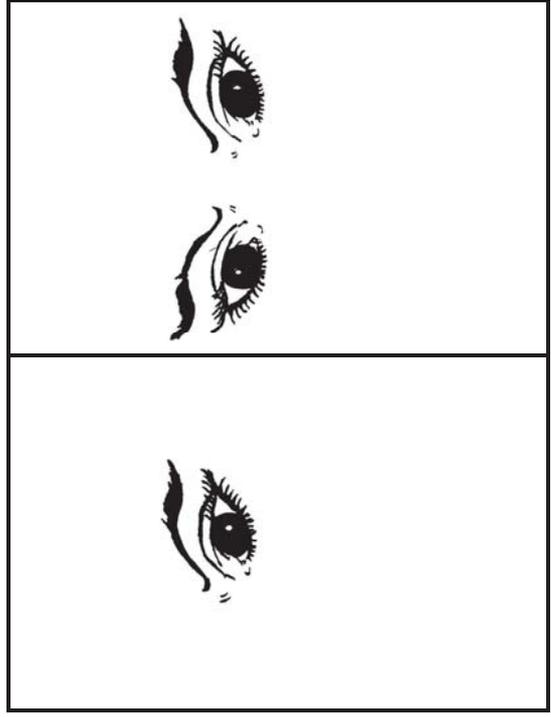


6



Groupes Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

V.31

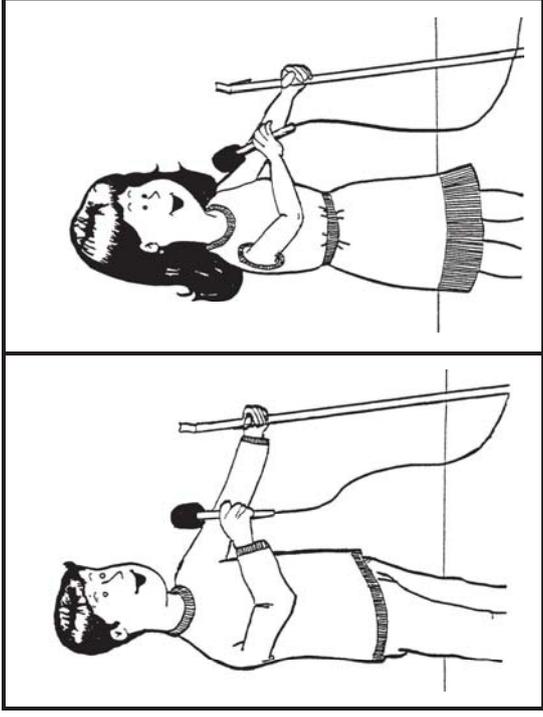


7



Groupes Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

V.32

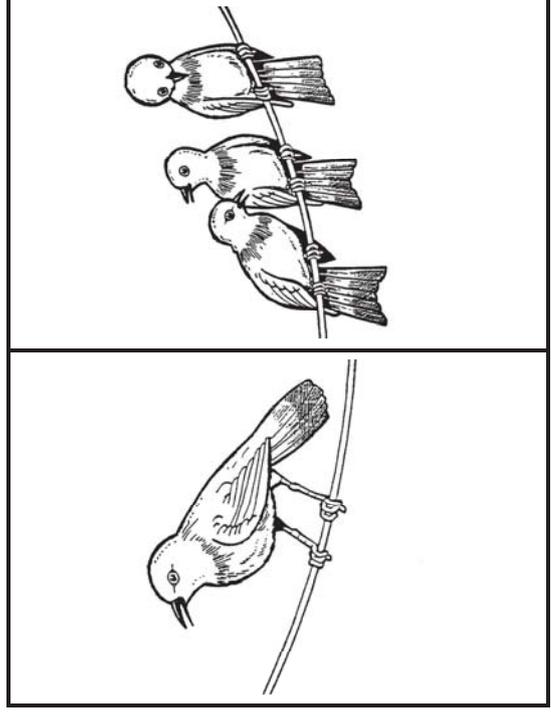


8



Groupes Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

V.33

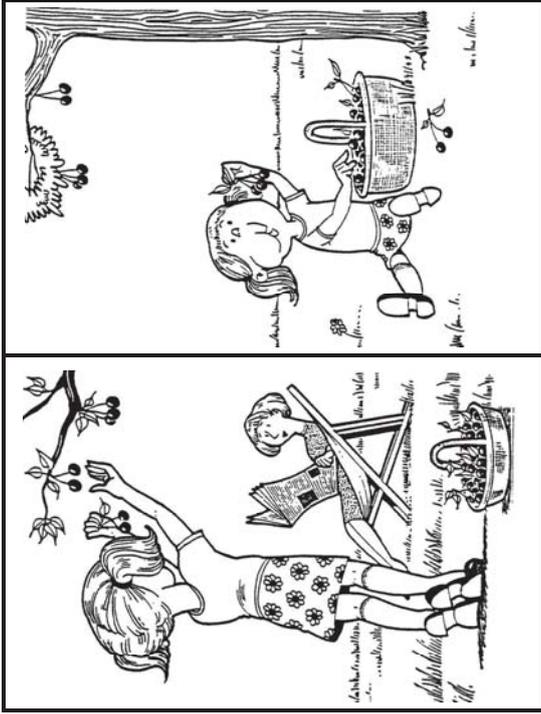


9



Groupes Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

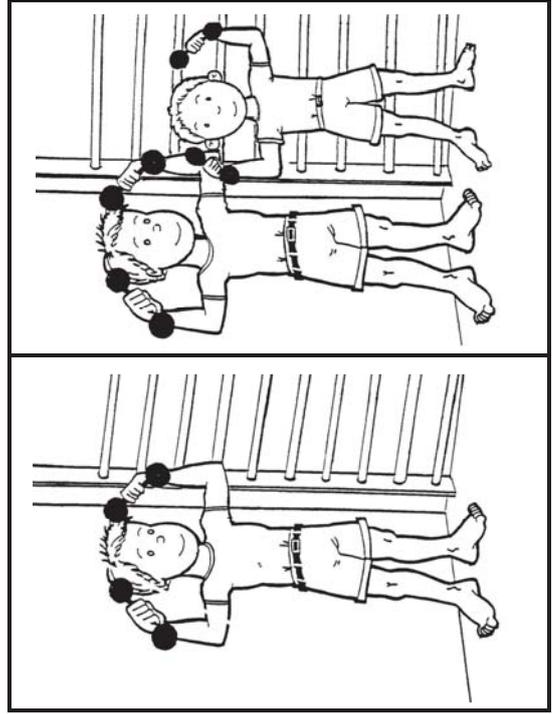
V.34



10



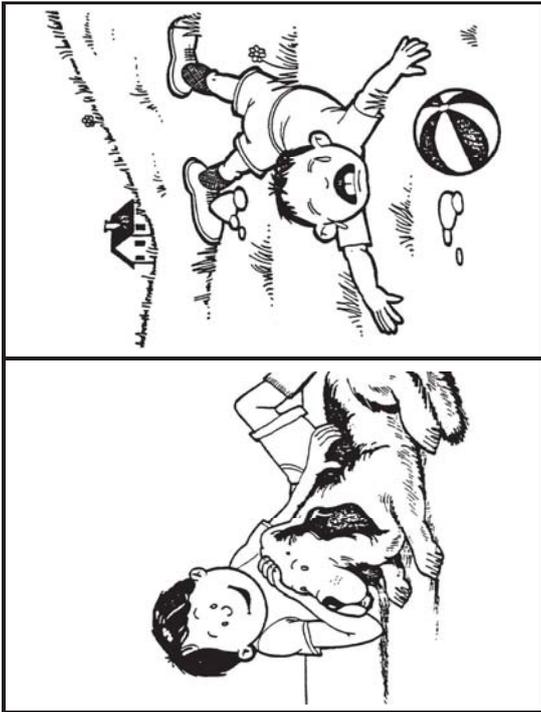
Gruppen Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble



11



Gruppen Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble



12



Gruppen Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble



13



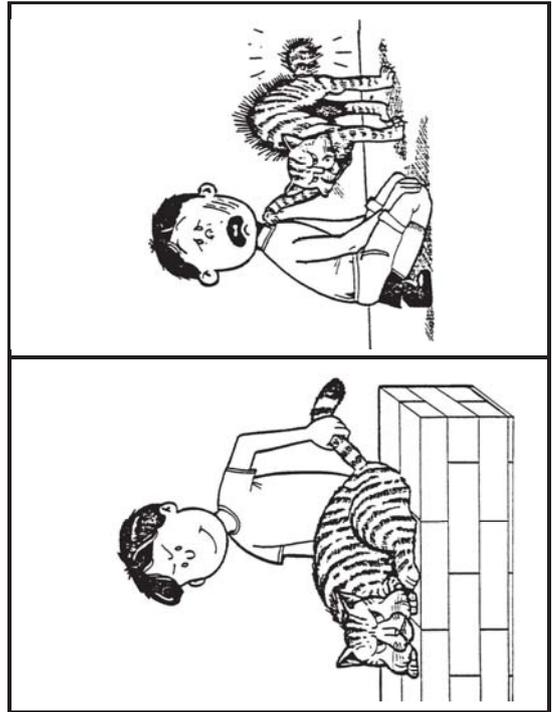
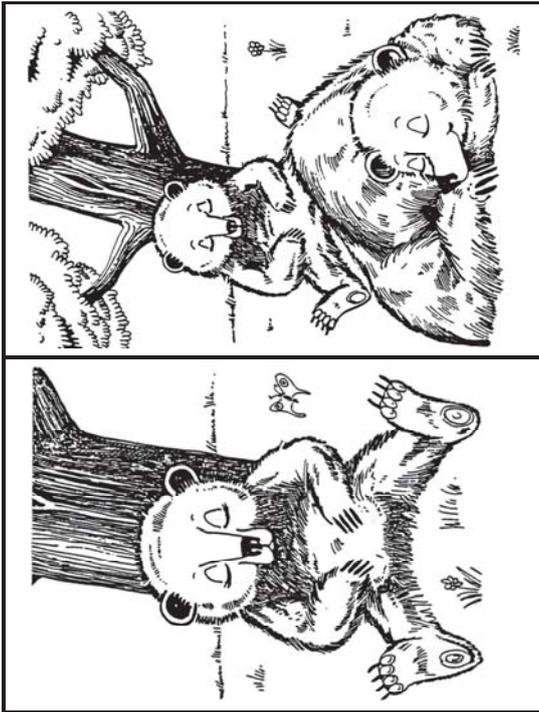
Gruppen Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

V.35

V.36

V.37

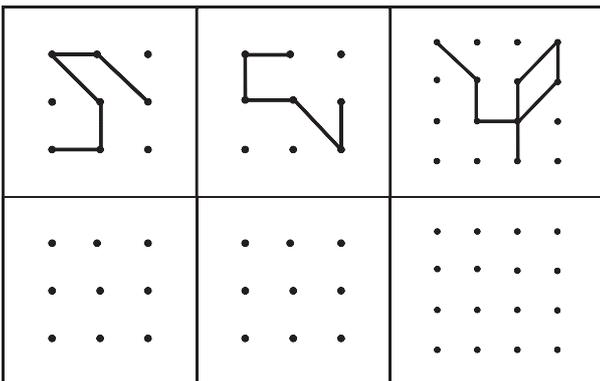
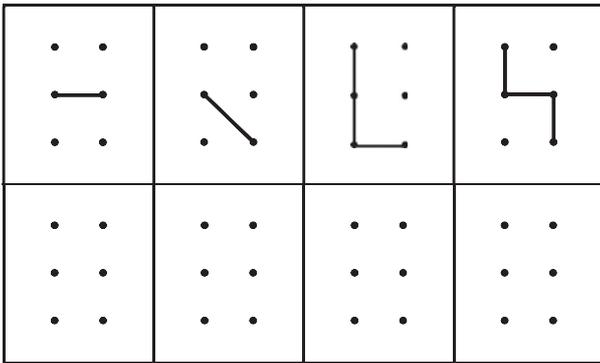
V.38



Reproduction de figures

Essai

Score : /6



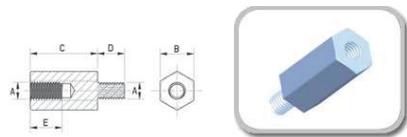
Matériel de piquage

L'étalonnage a été réalisé avec le matériel ci-dessous. Il est donc important que l'épreuve soit réalisée avec exactement le même matériel.

Nous avons fait fabriquer des plaques de piquage par un EREA (Établissement régional d'enseignement adapté) et acheter les pions pour une centaine d'expérimentateurs : nous pouvons les revendre à prix coûtant plus les frais d'expédition.

Nous fournissons les cotes pour la fabrication pour ceux qui désirent le réaliser.

- Les pions sont des entretoises



A = 3 mm B = 5 mm C = 5 mm D = 8 mm Achetées par internet

<http://www.skiffy.com/docs/menufr.cfm?taal=f&ID=1&order=order&pagina=inhoudfr.cfm&pag=serieomschr.cfm&serie=304-m>

SÉRIE D'ARTICLE: 304 - Entretoise MF hexagonale référence: 304 3050 411 52

- Matière : laiton, acier, acier inoxydable
- Finition : laiton nickelé, acier zingué, acier inoxydable brut
- De M2 à M8
- Support de carte électronique, mécanique de précision

- La plaque de piquage

Épaisseur de la plaque 10 mm



Trous centrés en hauteur et en largeur : 11 mm entre chaque axe de perçage



| I T [X Z R

le ton pair

Copie de lettres et symboles

Group Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble

V.43

QUESTIONNAIRE DE CONNERS – PARENTS

Forme abrégée

Pour bien comprendre le problème de votre enfant, merci de remplir ce questionnaire (mère et père séparément) en tenant compte de la cotation suivante pour chaque item :

- 0 = Pas du tout
- 1 = Un peu
- 2 = Beaucoup
- 3 = Enormément

Mère | Père

1. Excitable, impulsif
2. Pleure souvent ou facilement
3. Se tortille, ne reste pas en place
4. Est agité (e), a toujours besoin de faire quelque chose
5. Est destructeur (trice)
6. Ne termine pas ce qu'il (elle) a commencé
7. A des problèmes de fixation de l'attention,
8. Est facilement distrait (e)
9. A des changements d'humeur rapides et fréquents
10. Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire

Group Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble



V.44

QUESTIONNAIRE DE CONNERS – ENSEIGNANT

Forme abrégée

Pour bien comprendre le problème de l'enfant, merci de remplir ce questionnaire en tenant compte de la cotation suivante pour chaque item :

- 0 = Pas du tout
- 1 = Un peu
- 2 = Beaucoup
- 3 = Enormément

1. Est agité (e), se tortille sur sa chaise
2. Fait des crises de colère, a des conduites imprévisibles
3. Est distrait (e)
4. Perturbe les autres élèves
5. Fait la moue, boude facilement
6. A une humeur qui change rapidement et de façon marquée
7. Est agité (e), va constamment à droite et à gauche
8. S'excite facilement, est impulsif
9. A de la difficulté à terminer ce qu'il (elle) commence
10. S'énerve facilement quand il (elle) doit faire un effort

Group Cogni-Sciences
Laboratoire des Sciences de l'Éducation – Grenoble



V.45

ANNEXE 4

Exemples de maladies ordonnées selon la Classification Internationale du Fonctionnement et de la santé issue du COFEMER

ANNEXE 4 : Exemples ordonnés selon la classification des handicaps/classification du fonctionnement

Maladie	Erreur ! Signet non défini. Déficiences / fonctions	Incapacités / activités	Handicap / participation
Infirmité motrice cérébrale (IMC) (séquelle d'anoxie ou d'hémorragie cérébrale)	Motricité (diplopie, hémiplopie, tétraplopie) Spasticité Cognition	Locomotion et posture Communication Apprentissages	Mobilité réduite Nécessité d'une scolarisation adaptée
Myopathie de Duchenne (anomalie du gène de la dystrophine)	Motricité (tétraplopie progressive) Atteinte cardiorespiratoire	Locomotion Insuffisance respiratoire Insuffisance cardiaque	Mobilité réduite Perte d'autonomie Décès prématuré
Trisomie 21 (chromosome surnuméraire)	Déficit intellectuel Dysmorphie Cardiopathie	Communication Troubles des apprentissages Vieillesse précoce	Perte d'autonomie Handicap esthétique Scolarisation adaptée
Souffrance cérébrale diffuse (polyhandicap) (séquelles d'anoxie, d'encéphalite, ou de traumatisme crânien)	Déficit moteur (tétraplopie spastique) Épilepsie Rétractions tendineuses Syndrome algique Troubles de la déglutition	Locomotion Communication	Mobilité réduite Perte de la vie de relation Décès prématuré
Scoliose idiopathique de l'adolescente (idiopathique)	Déformation rachidienne Risque d'insuffisance respiratoire	Limitation de la locomotion Retentissement psychologique	Handicap esthétique Restriction de la pratique sportive et de l'autonomie
Ostéosarcome (processus tumoral malin)	Amputation du membre inférieur Appareillage prothétique	Locomotion Retentissement psychologique	Mobilité réduite Handicap esthétique Décès prématuré
Hémophilie (anomalie des gènes codant un des facteurs hémophiliques)	Troubles de la coagulation Arthropathies et déformations articulaires	Locomotion	Mobilité réduite Restriction de la pratique sportive
Mucoviscidose (anomalie du gène CFTR)	Troubles respiratoires Troubles digestifs	Dépendance ventilatoire Intolérance à l'effort	Mobilité réduite Perte d'autonomie Décès prématuré
Fracture des 2 os de l'avant-bras (origine traumatique)	Douleur Immobilisation plâtrée	Mobilité limitée et transitoire Difficultés pour les repas, l'habillement et l'écriture	Dépendance pour l'hygiène et les activités de vie quotidienne

Source : COFEMER

ANNEXE 5

Tableau récapitulatif du Développement de l'enfant

Tableaux du développement de l'enfant

D'après Florin, A. (2003). *Introduction à la psychologie du développement. Enfance et adolescence.* Paris : Dunod, Les Topos. Tous droits réservés.

Age	Langagier	Cognitif	Social et affectif	Sensoriel et moteur
0-3 mois	Produit des cris différents selon les stimulations, gazouillis, jeux vocaux, rires, vocalises. Discrimine les contrastes entre groupes de sons. Préfère la voix de sa mère à celle d'une autre femme, sa langue maternelle à une autre langue. Sensible à la prosodie. Reconnaît une syllabe dans des énoncés différents	Discrimine des stimuli visuels ou auditifs. Anticipe du regard la trajectoire d'un objet. Manifeste une préférence pour la nouveauté.	Tourne les yeux en direction de la partie du corps touchée. Sourire social, mimique de surprise	Réaction à la voix, localisation visuelle. Maintien de la tête
4-6 mois	Préférence pour le langage maternel adressé au bébé. Catégorise les voyelles. Premiers échanges communicationnels.	Reproduit des événements fortuits intéressants. Catégorise des éléments différents selon une propriété commune.	Tourne la tête vers une source sonore, prolonge l'interaction en souriant.	Prise et transfert d'objets S'assoit seul.
7-9 mois	Produit plusieurs syllabes, chantonne. Comprend des mots en contexte, Détecte les frontières des groupes de mots (syntagmes).	Ajuste ses comportements aux caractéristiques d'un objet (forme, volume, poids, etc.)	Réciprocité dans les échanges. Manifeste un attachement sélectif.	Se tient debout avec un support. Montre un objet du doigt.
10-12 mois	Production des premiers mots, essaye de nommer les objets désignés par l'adulte. Comprend des mots hors contexte. Détecte les frontières de mots.	Anticipe les événements. Construit une tour, peut suivre la ligne du regard.	Réagit différemment aux proches et aux inconnus. S'ajuste à des demandes.	Premiers pas Coordonne plusieurs actions.
1-2 ans	Discours télégraphique. Comprend les mots familiers. Développement du premier lexique, de 20 mots à 200 mots.	Expérimentation active. Identifie des parties du corps.	Comprend les expressions faciales d'autrui, répète les actions qui font rire.	Marche seul Descend des escaliers à reculons. A une préférence pour une main.
2-3 ans	Modifie les demandes selon l'interlocuteur. Produit 200 à 300 mots. Comprend les demandes directes et les demandes indirectes.	Identifie les objets par l'usage, prend en compte le point de vue d'autrui (oriente un objet pour que l'adulte le voit).	Attachements multiples. Se reconnaît dans un miroir. Jeux symboliques.	Monte et descend les escaliers, saute à pieds joints. Tourne les pages d'un livre, coupe avec des ciseaux
3-4 ans	Extension du vocabulaire et phrases courtes. Peut suivre une conversation, comprend des promesses, s'amuse des jeux de langage.	Acquisition de concepts d'espace, de temps, de quantité. Utilise les principes du comptage	Identifie plusieurs parties du corps. Attend son tour. Aime aider les autres. Critique autrui.	Court avec aisance, tape du pied dans un ballon. Fait du tricycle

Age	Moteur	Social et affectif	Cognitif	Langage
4-5 ans	Monte à une échelle, marche en arrière. Tient un papier d'une main tout en écrivant de l'autre.	Comprend l'état mental d'autrui. Joue à des jeux de compétition. Stabilité du genre (se reconnaît comme garçon ou fille).	Est attentif à sa performance, capable de classification et de sériation	Produit des demandes indirectes et des justifications. Comprend le comparatif, l'identité et la différence.
5-6 ans	Fait du vélo sans roulettes, lace ses chaussures	Sait se contrôler. Choisit ses amis. Négocie avec l'adulte.	Début de la conservation (comprend que la grandeur d'une collection d'éléments reste la même quelle que soit la manière dont elle est présentée). Dessine un bonhomme, écrit son prénom.	Produit des énoncés de 5-6 mots, répond au téléphone. Début de lecture logographique. Identifie des rimes, comprend environ 2500 mots.
7-11 ans	Début de la puberté, poussée de croissance. Développement des activités physiques et sportives.	Identité de genre (conformité à des références culturelles) et ségrégation sexuelle. Différencie réel et virtuel	Opérations concrètes. Logique du nombre. Morale préconventionnelle : les conséquences des actions (exemple : punition), en déterminent la valeur morale.	Utilise la forme passive, produit des inférences, apprend à lire. Comprend les sarcasmes et les métaphores.
Et après...	Fin de la puberté : 14-15 ans pour les filles ; 16-17 ans pour les garçons.	Evolution de l'estime de soi. Relations amoureuses, puis de couple. Responsabilité pénale (13 ans). Evolution des relations parents/enfants et des rôles sociaux. Orientation scolaire et choix professionnels.	Pensée hypothético-déductive, morale conventionnelle, capacité à se référer à des principes généraux plutôt qu'à des opinions particulières, relativisme des jugements.	Poursuite du développement lexical et sémantique (vocabulaire technique) en compréhension et en production, développement de la production écrite, de la lecture - compréhension, des capacités argumentatives.

ANNEXE 6
Modèle de P.A.I.

SERVICE MEDICAL ELEVES

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I.

Circulaire n° 2003-135 du 8-9-2003

NOM-PRENOM DE L'ELEVE : NE(e) le

PARENTS OU REPRESENTANT LEGAL :

ADRESSE :CLASSE :

.....

TEL. Domicile : Travail :

Portable :

Directeur d'école ou chef d'établissement :

Médecin de l'Education nationale : ...DOCTEUR PANNETIER.....

Infirmière :

Référent dans l'établissement :

Médecin(s) référent(s) :

.....

Tel :

SAMU : 15

Le protocole est établi pour un an et révisable à tout moment.

NOM :

PRENOM :

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

SIGNES D'APPEL :

- difficulté pour respirer correctement, la respiration devient rapide
- sifflements lors de la respiration
- toux sèche et quinteuse
- malaise, pâleur
- suite à un effort : essoufflement, toux, sifflement
- autres :

MESURES A PRENDRE :

- rester calme et rassurer l'enfant
- lui proposer de s'asseoir
- desserrer le col de la chemise et la ceinture

lui donner immédiatement le médicament suivant :

- aider l'élève en lui disant de respirer lentement et profondément, tout en continuant à le rassurer.

ALERTER LE SAMU 15 et PREVENIR LES PARENTS :

- si pas d'amélioration dans les 10 minutes suivant la prise médicamenteuse
- si l'enfant est angoissé et a du mal à parler
- s'il se sent épuisé
- si ses lèvres deviennent bleues

NOM :

PRENOM :

AMENAGEMENTS SPECIFIQUES

En cas de remplacement de l'enseignant, le responsable de l'établissement donnera l'information au remplaçant.

Dans le secondaire, le professeur principal informera ses collègues de l'existence de ce projet

ACTIVITES PHYSIQUES :

- informer le professeur
- apporter la trousse sur le terrain de sport
- faire pratiquer un échauffement progressif et ne pas forcer l'élève au delà de ses limites

Aménagements spécifiques :

Traitement avant l'effort :

Dispense partielle :

En cas d'alerte à la pollution atmosphérique : ne pas faire courir l'enfant. S'assurer qu'il a accès à son produit.

AMENAGEMENTS DANS LE CADRE DE L'ECOLE :

- supprimer les plantes et les animaux de la classe
- supprimer tapis, moquettes et coussins en plumes
- aérer régulièrement les pièces

REGIME ALIMENTAIRE :

- aucun régime alimentaire n'est à préconiser à l'école
- aucune prise alimentaire ne doit se faire dans le cadre de l'école (en dehors des goûters apportés par l'élève lui-même)

TRAITEMENT MEDICAL :

- les parents doivent déposer à l'école une trousse contenant les médicaments prescrits avec l'ordonnance du médecin
- les médicaments seront à renouveler en cas d'utilisation, les parents vérifieront également leurs dates de validité.

SORTIES SCOLAIRES et CLASSES TRANSPLANTEES :

Faire suivre l'information.

Prendre la trousse d'urgence et le PAI

- désigner une personne responsable
- en cas d'atteinte sévère, 1 des 2 parents ou 1 adulte accompagnateur (avec demande écrite des parents) prendra en charge l'enfant avec l'accord de l'équipe enseignante.

Prévoir le nécessaire s'il existe d'autres prises médicamenteuses (avec demande écrite des parents et ordonnance du médecin traitant).

Je soussignépère, mère, représentant légal,
demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon
enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire .
Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus
dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

Signataires du projet :

Chef d'établissement

Enseignant

Médecin Education nationale

Médecin traitant

Maire ou son représentant

ANNEXE 7

Les différents modèles de dispositif de suivi médical à l'échelon européen

La santé à l'école dans les pays européens

RÉSUMÉ

Figure A : Les différents modèles de dispositifs de suivi médical à l'échelon européen

A PARTIR DE L'ANALYSE DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DANS LES PAYS EUROPÉENS ÉTUDIÉS, TROIS MODÈLES DE SUIVI MÉDICAL DES ÉLÈVES PEUVENT ÊTRE IDENTIFIÉS

Un modèle	<p>Un modèle centré sur la population (enfants et adolescents scolarisés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Des médecins en charge de la promotion de la santé des élèves Au sein de centres de santé communautaires 	<p>Un modèle centré sur le milieu (milieu scolaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> Des médecins en charge de la promotion de la santé des élèves Au cœur de l'institution scolaire 	<p>Un modèle centré sur les problématiques de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de médecins en charge de la promotion de la santé des élèves Des bilans de santé à l'école et une orientation des enfants et adolescents vers le système de soin
	<p>Modèle communautaire *</p> <p>Des médecins affectés à plein temps dans des centres de santé</p> <p>↓</p> <p>Des médecins au service de l'état Des médecins au service des collectivités territoriales</p> <ul style="list-style-type: none"> Une loi et des circulaires émanant de l'exécutif (santé ou éducation) Une loi cadre Un rôle régulateur de l'Etat Une mise en œuvre à l'échelon des collectivités territoriales 	<p>Modèle intégré</p> <p>Des médecins affectés à plein temps dans des centres médicoscolaires</p> <p>↓</p> <p>Des médecins au service de l'état Des médecins au service des collectivités territoriales</p> <ul style="list-style-type: none"> Une loi et des circulaires émanant de l'exécutif (santé ou éducation) Une loi cadre Un rôle régulateur de l'Etat Une mise en œuvre à l'échelon des collectivités territoriales 	<p>Modèle sanitaire</p> <p>Des médecins réalisant des bilans à l'école sous forme de vacations</p> <p>↓</p> <p>Pas de médecins scolaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Une loi cadre Une mise en œuvre à l'échelon local
Des modalités d'organisation			
Des questions	<ul style="list-style-type: none"> Quelle implication de l'Etat dans un contexte de réduction du nombre des fonctionnaires ? Quel lien avec l'institution scolaire ? Quel contenu et quelle forme pour le texte national (caractère contraignant ou non pour les collectivités) ? Quelle implication réelle pour les collectivités locales ? Quelle part consacrée au milieu scolaire dans l'activité des médecins (médecins spécialisés dans le milieu scolaire ou non) ? Quel lien avec l'institution scolaire ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quelle implication de l'Etat dans un contexte de réduction du nombre des fonctionnaires ? Quel lien avec la communauté ? Quelle implication et quelle forme pour le texte national (caractère contraignant ou non pour les collectivités) ? Quelle implication réelle pour les collectivités locales ? Quelle part consacrée au milieu scolaire dans l'activité des médecins (médecins spécialisés dans le milieu scolaire ou non) ? 	<ul style="list-style-type: none"> Peut-on promouvoir la santé des élèves sans médecins affectés à cette tâche ? Quels liens avec l'institution scolaire et la communauté ? Quelle prise en compte des élèves à besoins éducatifs spécifiques ?

* Ce terme est utilisé dans le sens de centre de santé de premier recours pour une population donnée.

ANNEXE 8
Guides Semi Directifs

GUIDE SEMI DIRECTIF POUR LE MEDECIN GENERALISTE

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi votre patientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI /NON si NON arrêter l'entretien

- Sont-ils scolarisés ?

OUI/NON/Je ne sais pas

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ?

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ?

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ?

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ?

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ?

- si OUI:

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire (orthophoniste, assistante sociale...) courrier, vous travaillez dans une école, vous l'avez contacté ou il vous a contacté ?

- Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?
Si OUI poursuivre/ si NON revenir au NON initial

- Quelles relations entretenez vous avec lui ?
Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (revenir au NON)

Humaines : bonne /mauvaise
Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui ?

-Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an

- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?

-(Par quel support ?)

- Le support est-il adapté ?

- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?
- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?
- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?
- Quels sont les motifs de vos entretiens ?
- si NON : pourquoi ?
- N'en ont pas eu besoin ?
- N'en ont pas eu l'occasion ?
- Il ne fait pas partie de ses correspondants ?
- Méconnaissance du MEN ?
- Manque de temps et de disponibilité ?
- Difficultés relationnelles ?
- Secret médical ?
- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?
- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?
- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ?
- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ?
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ?

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, PPS – avez vous déjà été contacté pour cela par écrit? Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ?
- Fonctions et Missions du MEN ?
- Outils de dépistage classique : BSEDS ?
- Avec qui travaille t-il ?
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale,... ?
- Comment percevez vous la médecine scolaire ?
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? et de la votre concernant cette discipline ?

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)

- dispense EPS, certificat aptitude sport,
- tabac ou autres substance
- contraception
- troubles du comportement,
- troubles des apprentissages
- gestion d'une maladie chronique
- handicap

CARACTERISTIQUES DU MEDECIN GENERALISTE :

AGE

ANCIENNETE

MAITRE DE STAGE OUI/NON

REPLACANT : OUI/NON

SECTEUR D'ACTIVITE : Urbain/Semi rural/Rural

CABINET DE GROUPE OUI/NON

DOMAINE DE PREDILECTION (branche de la médecine qu'il affectionne le plus en pratique courante)

Guide semi directif POUR LE MEDECIN SCOLAIRE

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

Si OUI poursuivre/ Si NON : arrêter l'entretien !!!

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI/NON/JE NE SAIS PAS

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ?

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ?

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ?

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ?

- si OUI:

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire, courrier,

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?

Si OUI poursuivre/ si NON aller au NON initial

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?

Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (Aller au NON)

Humaines : bonne /mauvaise

Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui (eux)?

-Nombre de contact avec le MG : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an

- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?

- Par quel support ?

- Le support est-il adapté ?

- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?

- Notez vous dans le carnet de santé ?

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?
- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?
- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens ?)

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? N'en ont pas eu l'occasion ? Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG ? Manque de temps et de disponibilité ? Difficultés relationnelles ? Secret médical ?
Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?
- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ?
- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ?
- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ?
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ?
aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ?
- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ?
- Comment percevez vous la médecine générale ?
- Que pensez vous de la formation initiale actuelle du médecin généraliste ? quelle a été votre cursus ?
- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? que pensez vous de cette démarche ?

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport,

- tabac ou autres substance
- contraception
- bilan des 5-6 ans ?
- troubles du comportement,
- troubles des apprentissages
- gestion d'une maladie chronique
- handicap

CARACTERISTIQUES :

BASSIN D'ACTIVITE

AGE

ANCIENNETE

NOMBRE D'ECOLE A CHARGE

MAITRE DE STAGE : OUI/NON

GUIDE SEMI DIRECTIF POUR LES PARENTS

Connaissance de la médecine générale

- Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ?
- Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ?
- Comment percevez vous la médecine générale ?
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ?
- Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ? que pensez vous de cette démarche ?
- Est -il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ?

Connaissance de la médecine scolaire

- PAI, PPS – connaissez vous ces termes? Votre enfant en a t-il bénéficié ? Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ?
- Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ?
- Quels sont les Outils de dépistage classique : BSEDS ?
- Avec qui travaille t-il ?
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? Quels Intervenants avez vous rencontrés: **médecin scolaire**, MDPH, assistante sociale,... ?
- Comment percevez vous la médecine scolaire ?
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ?
- Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ?

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

- _ Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ?
- Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ? et de façon générale avec d'autres intervenants ?
- que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ?
- pensez vous qu'elle participe à une meilleure prise en charge votre enfant ?
- pensez vous qu'il faut l'améliorer ?
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? du MG au MEN ? du MEN au MG ?
- Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ?

- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ?
- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ?

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT

AGE

SCOLARISATION

STRUCTURES MISES EN PLACES

PATHOLOGIE

HISTOIRE DE LA MALADIE

ANNEXE 9

Tableaux récapitulatifs des caractéristiques des échantillons

ANNEXE 9 : Descriptions des échantillons

MEDECINS GENERALISTES

N°	AGE	SEXE	ANCIENNETE	MDS	REPLACANT	URBAIN	1/2 RURAL	RURAL	CABINET DE GROUPE	DOMAINE DE PREDILECTION	AUTRES INFORMATIONS
1	53 ANS	Femme	25 ANS			X	X			Pédiatrie	
2	46 ANS	Homme	21 ANS	X			X	X	7 médecins+5 paramédicaux	pédiatrie, gynéco, personnes âgées et soins palliatifs	Réseau de santé "soin palliatif"
3	53 ANS	Femme	25 ANS	X		X			5 médecins	Gynéco, pédiatrie	
4	46 ANS	Femme	21 ANS	O/N		X	X		4 Médecins + 1 kiné	Gynéco, pédiatrie	Travaille en crèche une fois par semaine
5	36 ANS	Femme	9 ANS		X	X			OUI	Non	
6	35 ANS	Homme	5 ANS			X	X		4 médecins + 1 kiné	Pédiatrie, santé publique	a créé un réseau de soin avec d'autres confrères sur internet
7	52 ANS	Femme	20 ANS	X		X			2 médecins	Pédiatrie, Gynéco	
8	28 ANS	Homme	6 MOIS		X	X				Non	la fait un stage d'interne en médecine scolaire
9	62 ANS	Homme	33 ANS			X			4 médecins + 1 IDE + dentistes + kiné + podologue	Pédiatrie	
10	28 ANS	Femme	1 AN		X	X			OUI		la fait un stage d'interne en médecine scolaire

Consultation jeunes patients - Thèmes abordés

N° de Medecins	Dispense EPS	Tabac/Autre substance	Contraception	Troubles du comportement	Troubles des apprentissages	Gestion maladie chronique	Handicap
1	X	X	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	?	?
3	X	X	X	X	Plus rare	X	X pas de pb en général
4	de moins en moins	X	X	ne viennent pas pour ça	ne viennent pas pour ça	peu, protocoles déjà établis	peu, protocoles déjà établis
5	X	X	X	de plus en plus	de plus en plus	X	moins, 1 non voyante
6	X (occasion pour aborder d'autres sujets)	X	X	X	X	X (asthme +++)	X
7	X	X	X	peu	peu	X (asthme +++)	X (1 cas)
8	X	X	X	X	X	X	rare
9	X	X	X	X	X	X (diabète+++ , allergie, asthme)	X
10	X				X	X	

MEDECINS DE L'EDUCATION NATIONALE

N°	AGE	SEXE	ANCIENNETE	MDS	MG REMPLACANT	URBAIN	1/2 RURAL	RURAL	BASSIN D'ACTIVITE	ZONE DITE "ZEP"	REMARQUES
1	56	Femme	20	X		X			SARCELLES	X	
2	53	Femme	16	X		X			ARGENTEUIL		
3	51	Femme				X			ENGHIEN		Future responsable du pôle 95
4	45	Femme	5			X	X		PONTOISE		
5	56	Femme	23	X		X	X		CERGY		
6	50	Femme	8				X	X	CERGY	X	Fait partie de l'association des pédiatres de Mantes
7	51	Femme	12			X	X		PONTOISE		
8	43	Femme	5			X	X		ENGHIEN		Contractuelle, en cours de titularisation
9	50	Femme	14		X				SARCELLES		Contractuelle en MEN - A travaillé 10 ans aux urgences ADO+++
10	43	Femme	10			X	X		ENGHIEN		

Consultation jeunes patients - Thèmes abordés

N° de Medecins	Dispense EPS	Tabac /Autre substance	Contraception	BILAN 5/6 ANS	Troubles du comportement	Troubles des apprentissages	Gestion maladie chronique	Handicap
1		X		X	X	X	X	X
2		X	X	X	X	X	X	
3		X	X	X	X	X	X	X
4	X			X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X	X	X
6		X	X	X	X	X	X	X
7						X	X	X
8		X	X	X	X	X	X	X
9	X	X	X	X	X	X	X	X
10		X		X	X	X	X	X

ANNEXE 9 : Description des échantillons

PARENTS

N°	Sexe	Age	Classe/Scolarisation	Structures en place	Pathologie	Histoire rapide	Particularité
1	Fille	13 ans 1/2	5e		Maladie orpheline – problèmes moteurs avec difficultés à la marche et motricité fine Retards intellectuels avec dysorthographe, dyslexie, problème de mémoire immédiate, non lectrice	plusieurs examens jusqu'à l'âge de 2ans ½ prise en charge à Trousseau puis tt par MODOPAR -> amélioration. Entrée en maternelle déjà problématique car non propre en plus des problèmes moteurs – entrée en jeu du médecin scolaire « car ils n'en voulaient pas à l'école ». Troubles chroniques et lourds au fur et à mesure	Enfant adoptée à 9 mois du Guatemala, 1 frère 28 ans
2	Fille	9 ans 1/2	CE2	PPS à l'école – Plus de psychomotricien depuis septembre 2014, a intégré un groupe d'intégration pour les enfants qui ont du mal à communiquer entre eux (instauré par le CMPP).	TADA		
3	Fille	18 ans	scolarisée jusqu'à l'âge de 10 ans en maternelle puis CLIS à ce moment là était très bien suivie au CMPP avec psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien . Ce n'était pas une structure adaptée. Puis IME jusqu'à ce jour. En IME : difficultés multiples avec tous les intervenants de la structure	Actuellement orthophoniste en ville 2 fois par semaine avec amélioration+++	Déficiência mentale, problème de communication avec troubles du langage	Pas de diagnostic franc posé-Troubles apparus depuis toute petite. Dépistages multiples dont chromosomiques revenus négatifs – – difficultés psychologiques de la maman pendant la grossesse	un frère de 22 ans qui rejette le handicap de sa sœur avec qui ça se passe mal – un petit frère de 11 ans
4	Fille	6 ans 1/2	le matin en grande section de maternelle – aménagement d'un siège molié – puis va chez une assistante maternelle agréée	Orthophonie, psychomotricité à domicile, groupe musical, AVS à l'école à plein temps sur un demi temps scolaire, allocations de MDPH,	- Pas de diagnostic ce jour mais Hypotonies axiale et latérale, dysmorphie, retards mentaux divers, troubles autistiques. Origine génétique probable non prouvée à ce jour. Est suivie à l'hôpital R. Debré, nouveau bilan à venir au centre pédopsychiatrique de Necker pour autisme et TED	Née à 4 jours du terme rien ne présageait un quelconque problème...mais par la suite on s'est rendu compte qu'elle ne prenait pas bien le sein, qu'elle pleurait après chaque repas, pas de prise de poids, retour en néonate. Puis arrêt de l'alimentation à 6 semaines donc prise en charge en néonatalogie et retour à domicile avec sonde nasogastrique. Se tient debout à 3 ans, marche à 5 ans	PARENTS divorcés, garde alternée entre la maman et le papa ASSOCIATION fait partie d'une association mais de plus en plus difficile d'aller aux réunions...et parfois trop grand fossé entre les différentes situations et l'attitude des parents
5	Garçon	5ans	Grande section de maternelle	PAI	Asthme	Diagnostiqué il y a 3 ans à la suite de troubles respiratoires ne cédant pas spontanément – suivi à Necker car difficilement stabilisé en ville – consultation tous les 6 mois.	
6	Jumeaux fille et garçon	18 ans	Maternelle : classique mais au début proposition de 1h15 par semaine puis possibilité de scolarisation « normale » jusqu'en fin de maternelle avec notamment adaptation à l'école avec classe au RDC pour un meilleur accès pour les enfants – Primaire : SESSAD avec visite à l'école – refus de la CLIS par les parents Collège : classique Lycée : classique - en terminale actuellement BAC L pour le garçon, BAC STSS pour la fille	kiné, ergothérapie, psychomotricien	Problèmes moteurs prédominant aux membres inférieurs – dyslexie -	Nés à 28SA suite à une septicémie – nés par césarienne en urgence. Suivi au début à l'institut de puériculture du CAMS de Paris puis CAMS de Gonesse, et à Robert Debré en chirurgie orthopédique. Marche à 5 ans	
7	Garçon	9ans	redoublement de la moyenne section, puis GSM, puis CP normal, puis CLIS depuis la rentrée dernière avec une adaptation difficile	Orthophonie, psychomotricité, apprend à communiquer avec la langue des signes	RETARD PSYCHOMOTEUR Retard de langage (acquis à 3 ans)	Difficultés rencontrées dès la moyenne section de maternelle, détectées par l'enseignante (sensibilisée à divers handicap du fait de sa formation). Difficultés intellectuelles (compréhension de consigne, mémorisation) et difficultés motrices principalement de coordination, pour se déplacer, à suivre le rythme principalement au début de la prise en charge. Bilan orthophoniste réalisé puis suivi. Bilan psychomoteur puis suivi sur les conseils de l'enseignante. Prise en charge à l'école par MEN. Bilans multiples à Argenteuil, Necker, Colombes sans conclusion. Lecture non acquise actuellement. Capacités manuelles surdéveloppées	
8	Garçon	7ans 1/2	en CE1	AVS-Orthophoniste-Prise en charge en chirurgie ORL à Robert Debré et à Rothschild et à l'institut Curie tous les 3 mois (cancérologie)	Neurofibromatose plexiforme, opérations multiples, diagnostiquée à l'âge de 3 ans		1 sœur de 11 ans et un frère de 5 ans

ANNEXE 10

Entretiens retranscrits

Entretien MG 1

07/01/13

Caractéristiques du médecin :

AGE 53 ans

ANCIENNETE 25 ans de métier

LIEU D'ACTIVITE semi rural et urbain

DOMAINE DE PREDILECTION Pédiatrie, appétences pour la médecine scolaire

Durée de l'entretien : 36 minutes**Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants**

- Avez vous parmi votre patientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

OUI, presque tous

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ? 20 minutes

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ?

Tous les spécialistes notamment ORL, cardio, allergo, dermato de temps en temps, service de pédiatrie si besoin et de temps en temps gastro.

« Jamais le médecin scolaire ? » Ah non pas du tout...

- Que représente cette communication dans votre pratique courante ? Elle est primordiale

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? En général je pense qu'ils sont bien pris en charge.

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ?

OUI, je connais son nom depuis 20 ans et je crois ne l'avoir jamais rencontré

- Comment l'avez vous connu ? Car je vois sur le carnet de santé le nom avec ses coordonnées dessus. J'ai voulu un jour postuler pour un poste de

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 5

médecin scolaire et on m'a dit que le poste était déjà pourvu par cette personne.

- Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?

OUI, je sais où je peux la trouver si j'en ai le besoin, sinon je chercherai, et je trouverai maintenant on trouve tout facilement...

- Quelles relations entretenez vous avec lui ?

Inexistante, car en dehors des mots dans les carnets de santé je ne me souviens pas avoir eu un contact articulé au sujet d'un enfant.

Humaines : bonne /mauvaise

Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui ?

- Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an. Pas du tout en contact direct sinon par le papier

- Comment ? PAI

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?

- (Par quel support ?)

- Le support est-il adapté ? Oui, à partir du moment où on peut écrire dedans, que l'on s'y retrouve et qu'on peut trouver où les autres médecins ont écrit oui. Pour les maladies chroniques et handicap, on retrouve beaucoup de choses dans les CR hospitalier que nous avons dans notre base, dans les fichiers, mais c'est vrai que ce serait bien d'avoir un résumé qui serait agrafé au carnet de santé.

- Le carnet de santé est-il utile ? Indispensable, à chaque fois que je vois un enfant je met un mot, même si c'est une babiole, je pense que c'est très important pour le lien entre les différents médecins que ce soient les spécialistes, la médecine scolaire, les urgences

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?

- Quels sont les motifs de vos entretiens ?

- si NON : pourquoi ?

Je n'en ai jamais eu vraiment besoin, ni de difficultés particulières dans le cadre scolaire alors c'est vrai que nous sommes dans un coin très favorisé, c'est à dire que les enfants sont globalement bien entourés, les parents s'en occupent bien, on n'a pas beaucoup de problèmes sociaux, ce qui simplifie un peu les choses déjà. « La méconnaissance de la médecine scolaire peut elle être une des causes ? » Oui, oui en effet...

Il y a un contact qui existe depuis quelques années c'est un document que l'on remplit dont j'ai oublié le nom « Le PAI ? » Oui c'est ça le PAI, et c'est une

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 5

choses qu'on ne faisait pas avant, et ça c'est quand même un contact écrit certes et pas oral. Donc on remplit le PAI et on a un contact avec la médecine scolaire. Par exemple pour les enfants asthmatiques, et j'en ai beaucoup, avant il n'y avait pas de contact avec la médecine scolaire maintenant avec le PAI on leur donne quand même un résumé mais on va dire que c'est unilatéral. « Donc le PAI est le seul moyen de communication que vous avez avec le médecin scolaire... ? » Voilà, je remplis le PAI parce qu'on nous le demande et c'est une bonne chose d'ailleurs mais en général on n'a pas de retour dans la mesure ou il n'y a pas problèmes spécifiques au sein de l'école. Alors ce qu'on rencontre comme problèmes c'est souvent les difficultés d'ordre psychologique je demande aux parents qu'ils contactent le psychologue scolaire. Je ne passe pas par le médecin scolaire, je fais un courrier pour le psychologue scolaire et ils sont vus la plupart du temps.

Manque de temps et de disponibilité ? Je m'arrange toujours pour avoir du temps...

Difficultés relationnelles ?
Secret médical ? Non avec l'accord des parents c'est bon, ce serait plutôt le cas pour les ados...
Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? Ça pourrait être bilatéral...Après s'il y a un problème en particulier, le médecin scolaire devrait pouvoir contacter le médecin traitant. Après je vous dis en 20 ans je ne me souviens pas avoir eu un contact avec le médecin scolaire « Et pourtant vous êtes intéressée par la discipline... » Clairement...

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Oui car le milieu de l'école et la pédiatrie sont des domaines qui m'intéressent particulièrement. Ce qui me plaît dans la pratique de la médecine scolaire c'est d'avoir un pied de l'autre côté. On connaît les maîtresses, les enfants, de la ville et finalement leur milieu de vie. C'est important pour nous médecin traitant des enfants

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? C'est difficile car il y a de moins en moins de médecin scolaire, tous les médecins généralistes ne sont pas intéressés par la discipline... « Mais vous votre avis ? » En pouvant avoir accès à des réunions au sein même de l'école avec des maîtresses, des médecins scolaires...Mais ça je ne suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de gens que ça intéresse...

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? D'être plus intégrée, à l'école et plus facilement mais encore une fois je pense que c'est parce que j'ai une patientèle très pédiatrique

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Ce que le handicap ou la pathologie entraîne comme gênes quotidiennes, ce qu'il faut codifier dans le cadre de l'école comme les traitements, conduite à tenir en cas d'urgence, le PAI est bien fait d'ailleurs pour ça... « Vous pensez que ce sont des informations que le médecin scolaire ne connaît pas ? » En fait je ne sais pas car comme on n'a pas de retour...Comme on ne sait rien, c'est difficile. « Les ATCD le

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 5

milieu familial c'est intéressant à communiquer ? » Oui mais je pense que ça les médecins scolaires connaissent déjà.

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, PPS - avez vous déjà été contacté pour cela par écrit ? Oui Avez vous déjà

participé à des réunions d'équipes éducatives ? Non jamais, on ne m'a jamais proposé alors peut être qu'il n'y a pas eu vraiment d'enfants à problèmes...

- Fonctions et Missions du MEN ? Oui en gros il y a beaucoup d'administratif je trouve, il y a une supervision de ce qui est déjà fait, c'est à dire que si par exemple il y a des aménagements pour les enfants handicapés il faut s'assurer que ça a été bien fait, une prise en charge sociale et psychologique, les visites d'aptitude pour les petites sections, après je ne sais pas si c'est très important dans notre coin où les enfants sont quand même favorisés, ...

- Outils de dépistage classique : BSEDS ? Je les ai lu mais je les ai rendu car je n'ai pas eu le temps, je trouvais ça intéressant de faire ça car ça complète ma formation de visite pédiatrique en cabinet. C'est dommage car en 20 minutes ça ne suffit pas, il faudrait que la sécurité sociale accepte de reconnaître et de coter la consultation une fois par an par exemple et que l'on soit formé surtout car on n'est pas formé...Ce serait bien pour les médecins qui voient beaucoup d'enfants et je pense que c'est l'essentiel des généralistes ...

- Avec qui travaille t-il ? Je ne sais pas...

- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Pas grand chose je pense...ah oui MDPH oui... Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenant : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale...?

- Comment percevez vous la médecine scolaire ? Comme quelque chose qui est très intéressant et qui pourrait être amélioré c'est une question de temps et de budget...comme tout

- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Je ne la connais pas...
Et de votre concernant cette discipline ? Mauvaise**Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :**

- thèmes ? Tous... car pour moi l'école c'est important, je connais les enfants...les problèmes de réussite, d'examen, des maîtresses, j'accompagne beaucoup les familles là dedans

- leurs questions (en fonction de l'âge) oui

- dispense EPS, certificat aptitude sport,

- tabac ou autres substance oui

- contraception oui

- troubles du comportement, oui

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 5

- troubles des apprentissages oui je parle beaucoup avec les familles, ça arrive qu'elles viennent me voir rien que pour ça, je pense qu'elles savent que je suis à l'écoute dans ce domaine également...

- gestion d'une maladie chronique oui

- handicap oui j'ai un enfant qui a un handicap très lourd

Entretien MG 2

9/01/14

Caractéristiques du médecin

AGE

ANCIENNETE 21 ans

ZONE Rural ou semi rural

Fait partie d'une maison médicale de 13 intervenants depuis 7 ans

Attaché à la diversité mais affectionne la pédiatrie, gynéco, personnes âgées et soins palliatifs

Maître de stage depuis 3 ans

Durée de l'entretien : 39 min 07 s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi votre patientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-Oui certains sont à domicile et d'autres sont en institut spécialisé.

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ?

Ca dépend de l'âge et de la pathologie. Avant 2 ans c'est souvent une demi heure et après c'est 15 ou 20 minutes.

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Une bonne question...Ca dépend des besoins...Spécialistes néonatalogiste jusqu'à 6 ans, pneumologue, allergologue.

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est primordiale pour pouvoir suivre l'enfant mais elle n'est pas suffisante telle qu'elle est aujourd'hui... « C'est à dire ? » Il faudrait plus d'échanges, alors après comment, pourquoi... ? Parce que le temps passe...et parce qu'il y a des temps de consultation et des temps de discussion et on n'est pas toujours en phase pour la discussion...

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Globalement je pense qu'elle est bonne...Ce qui n'est pas satisfaisant mais qui n'empêche pas que ça se fasse quand même correctement c'est que j'ai des trous dans ma connaissance c'est à dire qu'on n'est pas au courant qu'il y a un suivi en parallèle...Pour l'enfant il y a un

problème c'est qu'il n'y a pas de notion de médecin traitant et parfois on ne sait pas qui suit l'enfant : ils sont vus par les pédiatres, par nous, par d'autres...Est ce qu'on est responsable de la synthèse ou pas ? A tel point qu'on réfléchit de dire au patient « dites nous si vous me considérez comme le médecin traitant ou pas... » Donc on réfléchit à mettre en place un statut de médecin traitant de l'enfant au cabinet car c'est pas la même gestion des rendez vous, de l'attente etc... A partir du moment où les parents nous demandent d'être le médecin traitant de l'enfant on a un devoir et ici d'autant plus car on est la seule maison médicale de la ville

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ?

OUI mais je suis incapable de donner son nom... j'ai déjà participé à une réunion d'équipe éducative mais c'est très rare

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, **réunion professionnelle lors d'une EES, par la présence de son tampon dans le carnet de santé** par un intermédiaire (orthophoniste, assistante sociale...) courrier, vous travaillez dans une école, vous l'avez contacté ou il vous a contacté ?

- Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?

OUI on les a ici, je ne les connais pas par cœur

OUI

- Quelles relations entretenez vous avec lui ?

Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (revenir au NON)

Très ponctuelle

Humaines : **bonne** /mauvaise

Professionnelles : **bonne**/mauvaise/

Alors je pense qu'il y a une confusion aussi car parfois je parle à l'infirmière scolaire qui est je pense plus présente...

- Communiquez vous avec lui ?

-Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par an à peine en direct

- Comment ? Téléphone, intermédiaire parent ou infirmière scolaire mais il n'y a pas de papier pas de lien écrit d'ailleurs ce mode de communication c'est très fatiguant car autant on a confiance dans le patient mais ce n'est pas la même chose qu'une communication directe

- La communication est-elle satisfaisante ? **Insuffisante** ?

-(Par quel support ?)

- Le support est-il adapté ?

- Le carnet de santé est-il utile ? Oui pour connaître son nom mais pas dans cette communication car il peut être lu par trop de personnes, et bon après la communication c'est la communication si on veut entrer en lien avec quelqu'un on le fait directement et on écrit à la personne...Donc il est insuffisant

- Est-il facilement joignable ? Oui mais très ponctuellement, après c'est vrai que nous avons un secrétariat qui se charge de faire les démarches pour joindre les personnes donc je ne sais pas vraiment si c'est difficile ou pas, moi je ne fais plus un numéro de téléphone...d'abord parce que je ne me souviens pas du numéro ! (rires...) Mais surtout parce que c'est du temps perdu... Je demande à parler à ce confrère et la secrétaire me le passe...

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?

- Quels sont les motifs de vos entretiens ?

- si NON : pourquoi ?

N'en ont pas eu besoin ? Je n'en ai pas eu besoin...alors peut être parce que je ne sais pas ce qu'il peut m'apporter...Parce que c'est ça la communication c'est savoir ce que chacun peut apporter à l'autre...

N'en ont pas eu l'occasion ? Non

Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Non

Méconnaissance du MEN ? Donc oui

Manque de temps et de disponibilité ? Oui ça c'est vrai, bien sûr et c'est valable pour tous on sait bien surtout si on ne s'y arrête pas...Moi je vois avec les soins palliatifs on a mis en place des réseaux, des choses qui nous permettent de prendre le temps et du coup d'être efficace... et qu'on n'a pas dans d'autres situations...on réfléchit pour les patients fragiles par exemple... Mais c'est vrai que pour les enfants atteints de maladie chronique et handicap ça nous semble pas être un sujet prioritaire qui nécessiterait une *quelconque* mise en place...Mais la médecine à l'acte est un système qui est compliqué car on est censé tout faire dans la période, ce qu'on laisse à faire on a du mal à le rattraper le lendemain ou surlendemain et sinon ça s'empile de partout...
Difficultés relationnelles ? Non

Secret médical ? Non je considère qu'il peut être partagé dans l'intérêt du patient et j'estime que si j'ai besoin du médecin scolaire dans cet intérêt, ça ne me gêne pas du tout

- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?

Dans les 2 sens...Mais faire une réunion avec tous les confrères ce serait quelque chose de bien...

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? Je pense qu'on ne peut pas faire le lien avec tout le monde mais ici ça me semble primordial, ici les enfants sont suivis beaucoup par nous...il n'y a pas de pédiatre...et la médecine scolaire fait partie des intervenants dans la santé des enfants donc il serait logique qu'on ait plus de contact, et qu'on se rencontre...Dans le cadre de la maison médicale, on participe aux ENMR et cela a permis de mettre en place des réunions et c'est vrai qu'on pourrait imaginer faire une réunion avec le médecin scolaire...et je pense que c'est un nécessité de créer des temps pour discuter, échanger...

Mais c'est vrai que dans ma pratique ce n'est pas prioritaire...c'est un problème toutefois

- Comment pensez-vous qu'il faille améliorer cette communication ? Réunions d'échanges et créer des temps d'échanges

- Avez-vous des attentes particulières dans cette communication ?

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Problèmes familiaux et contexte social mais je demanderais l'autorisation à la famille...

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, PPS – PPS je ne savais pas que ça existe... je lui explique avez-vous déjà été contacté pour cela par écrit? Oui
Avez-vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? Oui
- Fonctions et Missions du MEN ? Non pas du tout... enfin j'imagine bien des choses mais bon...
- Outils de dépistage classique : BSEDS ? Pas vraiment... nous on n'est pas très performant quoi qu'il arrive dans notre formation... Et puis on ne sait pas ce qui est fait systématiquement à l'école...
- Avec qui travaille-t-il ? Je ne sais pas...
- Que connaissez-vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? MDPH oui car il m'arrive de déclencher des choses, la mise en place d'AVS...Après les règles de mise en place...je ne sais pas
Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale... ?
- Comment percevez-vous la médecine scolaire ? Il y a tout le versant santé publique qui est important mais je pense que les choses sont trop atomisées en France et c'est pour ça que je suis généraliste car je crois vraiment que les patients ont besoin d'un référent...du coup cette atomisation créée du désordre, il n'y a pas de coordination... Dans la médecine scolaire il y a le médecin, infirmière, on n'est jamais au courant d'une campagne, c'est toujours en parallèle en fait, et je pense qu'on perd beaucoup en efficacité...et puis nous on est sollicité aussi quand il y a un problème à l'école car on est considéré comme le référent sans pour autant connaître ce qui se passe la bas...Je suis intervenu dans certaine classe mais beaucoup parce que mes enfants y étaient
- Que pensez-vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Vaguement, il y a un internat de médecine scolaire non...(rires) « Non... »
Et de la votre concernant cette discipline ? Moi je ne connais pas du tout cette discipline et je fais partie d'une époque, pas si lointaine, où la santé publique, la médecine du travail c'était quelques heures d'enseignement...

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, oui
- tabac ou autres substance oui
- contraception oui
- troubles du comportement,
- troubles des apprentissages on a été sensibilisé par la présence d'orthophonistes qui sont partis maintenant
- gestion d'une maladie chronique
- handicap

MG 3

14/01/14

Caractéristiques du médecin :

ANCIENNETE 25 ans

AGE 53 ans

Médecine générale clientèle féminine et pédiatrique

Cabinet de groupe 5 médecins généralistes

ACTIVITE urbaine

Durée de l'entretien : 19min42s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez-vous parmi votre clientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI en majorité

- Quel temps passez-vous en moyenne avec un enfant ? Entre 15 et 20 minutes

- Avec quel confrère communiquez-vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Avec des pédiatres, et essentiellement des pédiatres ayant en plus une autre spécialité : pneumo pédiatres, gastro pédiatres. « Pas le médecin scolaire ? » Effectivement, c'est très exceptionnel

- Que représente cette communication dans votre pratique courante ? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est primordiale, essentielle mais c'est vrai qu'elle est difficile à obtenir...on nous met, nous, médecins généralistes comme pivot du système de soin, et on a souvent l'impression que la communication est malheureusement à sens unique, c'est nous qui devons faire des courriers, remplir des papiers, faire le lien et on a peu de retour...c'est un ressenti général ce n'est pas seulement en rapport avec le médecin scolaire.

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Globalement j'ai l'impression que ça ne se passe pas si mal.

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez-vous un MEN ? le MEN de votre ville ?

OUI, j'en connais plusieurs... alors j'en connaissais plusieurs sur le secteur avec qui j'avais été en communication mais ça fait plusieurs années que je n'ai pas de leurs nouvelles...mais je pense que ce n'est pas uniquement de leur faute, je pense que ce sont des gens absolument débordés...donc qui doivent gérer uniquement les urgences...à l'heure actuelle je serais dans l'incapacité de dire quels sont les médecins scolaires qui travaillent sur ma localité, parce que je n'ai pas eu de contact récent...sinon j'ai eu d'autres contacts avec des médecins scolaires de la faculté par le biais de la faculté puisque j'en ai formés et j'étais sidérée car ce sont des personnes très volontaires, très engagées...

- Comment l'avez-vous connu ? Tampon sur le carnet de santé, une autre à titre personnel, et une autre qui avait accueilli mon interne et on avait fait un travail de collaboration mais je ne suis pas sûre qu'elle exerce encore... Mais en 20 ans d'exercice, ce n'est pas plus de 2 ou 3 contacts pas plus...

- Connaissez-vous ses coordonnées ? Savez-vous où le joindre ?
NON

- Quelles relations entretenez-vous avec lui ?

Existante ? Seulement avec les PAI que je remplis mais c'est dans un seul sens et on n'a pas de retour... essentiellement pour les enfants asthmatiques et aussi présentant des allergies alimentaires...alors encore une fois ce n'est pas du tout stigmatisant, c'est un constat, je sais que les médecins scolaires dans la région sont peu nombreux, ils doivent gérer les urgences, j'imagine qu'ils sont sollicités énormément...
Sinon la relation est inexistante

Humaines : bonne /mauvaise pas vraiment de contact
Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez-vous avec lui ?

-Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par an

- Comment ? PAI

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?

Insuffisante clairement

-(Par quel support ?)

- Le support est-il adapté ? Pas forcément, dans le carnet de santé on ne peut pas tout écrire. Les échanges qui m'ont paru les plus intéressantes c'est par téléphone, avec un échange verbal... après il faudrait peut-être se rencontrer pour certains enfants mais nous n'est pareil on a des restrictions de temps, notre agenda etc...les créneaux d'horaires scolaires sont difficiles pour nous pour ces réunions.

- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ? il est insuffisant

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?
- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?
- Quels sont les motifs de vos entretiens ? Les enfants à problèmes par le passé...

- si NON : pourquoi ?

N'en ont pas eu besoin ? Oui je n'en ai pas eu la nécessité c'est vrai ... Après c'est peut être parce qu'on ne pense pas forcément à ce recours...La comparaison n'est peut être pas approprié mais je le compare au médecin du travail chez l'adulte...on pense au médecin du travail lorsqu'il y a un souci d'environnement professionnel d'un patient et peut être moins au médecin scolaire quand il y a un problème à l'école, c'est vrai...on ne communique pas suffisamment pour ça ...après les parents ne consultent pas forcément pour ça non plus

N'en ont pas eu l'occasion ? je ne l'ai pas trouvée mais parce que je n'y ai peut être pas pensé...

Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Non

Méconnaissance du MEN ? Oui tout à fait...de ne pas savoir quels sont leurs rôles et leurs champs d'action...

Manque de temps et de disponibilité ? Oui

Difficultés relationnelles ? Non

Secret médical ? Oui mais uniquement par rapport au carnet de santé par exemple...je pense qu'il y a des échanges qu'on ne peut pas noter dedans, c'est un outil de communication mais pas universel, dans toutes les circonstances, rien n'empêche une communication par courrier ou par téléphone pour dire un certains nombre de choses en particulier pour tout ce qui est environnement familial etc

Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? Oui peut être mais encore faut il avoir la disponibilité...ou alors par un petit courrier avec leur coordonnées mais pas se déplacer je pense ... en parlant avec vous je me suis rendue compte que j'étais incapable de donner des noms de médecins scolaires en activité dans le secteur actuellement

- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Oui certainement...Pourquoi ? Pour les enfants à problèmes, je pense qu'on aurait avantage à communiquer plus et aussi de leur côté ne savent elles pas par quel médecin généraliste les enfants sont suivis...on est contacté parfois par les PMI mais sinon pas par les médecins scolaires...

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? C'est difficile car on a notre vision des choses qui peut ne pas être celle des médecins scolaires...Déjà connaître les personnes « source » ... savoir qui travaille dans le secteur et avoir leurs coordonnées, connaître leur champ d'action...consacrer plus de temps et apprendre à mieux se connaître...

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Pas vraiment à la base...mais après cette réponse rejoint la question précédente...

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Ce qui me semble important c'est que nous connaissions en tant que médecin de famille les condition de vie familiales de l'enfant...on suis les gens sur plusieurs générations et on a des informations importantes à communiquer...le contexte psycho social...après dire ce sont des informations qui consultent régulièrement ou pas...s'il y a un suivi ...les ATCD de l'enfant

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, PPS – avez vous déjà été contacté pour cela par écrit? Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? Oui pour PAI mais je n'ai jamais participé à ce genre de réunion...
- Fonctions et Missions du MEN ? oui un petit peu ...mais je ne suis pas sûre d'être à jour pour les nouvelles fonctions...
- Outils de dépistage classique : BSEDS ? Oui mais je l'ai vu il y a très longtemps...
- Avec qui travaille t-il ? Je ne sais pas...
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale,... ? Avant il y avait le RASED avec psychologue etc...des intervenants extérieurs...MDPH oui je connais
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? Ils sont débordés...mais je trouve que ce sont des gens très investis et volontaires
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Je ne la connais pas...et de la votre concernant cette discipline ? c'est loin pour moi mais je pense qu'on nous apprend très peu de choses...après je pense qu'on ne peut pas tout apprendre...après je pense que chacun doit faire sa démarche pour en apprendre plus ...

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, oui
- tabac ou autres substances oui
- contraception oui
- troubles du comportement,

- troubles des apprentissages oui c'est plus rare mais je passe la main quand je ne sais pas ou que je n'ai pas la formation...on demande des bilans orthophoniques et psychomotricité

- gestion d'une maladie chronique

- handicap oui ça ne pose pas de problèmes en général

MG 4

17/01/14

Caractéristiques du médecin :

AGE 46 ans

ANCIENNETE 21 ans

ZONE semi rural, urbain

DOMAINES DE PREDILECTION gynécologie, pédiatrie surtout en prévention et dépistage

Durée de l'entretien : 27 min 23s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi votre patientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI je suppose

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ? 15 min

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? pédiatres en ville pas du tout, éventuellement pédiatres hospitaliers.

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est relativement importante, c'est toujours rassurant de pouvoir échanger avec un confrère...Mais c'est vrai que je ne le fais pas tous les jours...

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Mon sentiment est qu'ils sont très suivis par l'hôpital et je me sens un petit peu à l'écart c'est vrai même si la plupart des hôpitaux adressent des compte rendus... je reconnais que l'hôpital du coin est assez réglo sur le sujet, on reçoit très régulièrement les compte rendus d'hospitalisation des jeunes drépanocytaires, diabétiques, un peu moins pour l'asthme peut être mais enfin bon je pense qu'il est plus pris en charge en ville...

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- **C connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ?** Je serais incapable de vous donner un nom ! Le seul contact que j'ai eu c'était il y a plusieurs années par l'infirmière qui cherchait un médecin pour la prise en charge d'un patient...c'est tout...c'est le seul contact que j'ai eu

- si OUI:

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire (orthophoniste, assistante sociale...) courrier, vous travaillez dans une école, vous l'avez contacté ou il vous a contacté ?

- Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?
Si OUI poursuivre/ si NON revenir au NON initial

- Quelles relations entretenez vous avec lui ?
Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (revenir au NON)

Humaines : bonne /mauvaise
Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui ?

- Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an
- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...
- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?
(Par quel support ?)
- Le support est-il adapté ?
- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?

- Quels sont les motifs de vos entretiens ?

- si NON : pourquoi ?

N'en ont pas eu besoin ? Oui ou je n'ai pas identifié les besoins...c'est plutôt ça oui...

N'en ont pas eu l'occasion ? Oui aussi effectivement

Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Oui en effet

Méconnaissance du MEN ? Bien entendu, je ne connais pas du tout cette branche de la médecine, leurs fonctions, leurs rôles...Je pense que c'est un rôle de dépistage et préventif j'imagine mais il doit y en avoir d'autres Manque de temps et de disponibilité ? Bien sûr mais bon on peut se donner le temps aussi...

Difficultés relationnelles ? Non

Secret médical ? Oui certainement surtout par téléphone je me méfie des conversations téléphoniques c'est délicat...par écrit par contre ça ne pose aucuns problèmes...Très souvent j'ai entendu les parents me dire que telle information ça n'a pas été notée dans le carnet de santé de peur que ça nuise à l'enfant concernant une pathologie grave... Après un support universel oui et non car il peut y avoir des doublons, les parents peuvent ne pas être d'accord...

Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? Ce serait plus simple qu'il se présente c'est vrai mais il n'y a pas de raison que ce soit le médecin scolaire qui se présente à nous c'est vrai que je n'avais jamais pensé à ce problème... ! En vous parlant l'idée me vient en effet je pense que ce serait plutôt au médecin scolaire de venir nous voir car ils sont moins accessibles, ils ont plus besoin que nous de se faire connaître que le contraire.

- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?

- **Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ?** Certainement, on améliore le bien être des enfants qui présentent des maladies chroniques et leur prise en charge

- **Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ?** Le carnet de santé est un assez bon outil pour échanger...Le seul lien que j'ai avec la médecine scolaire ce sont ces petites fiches blanches remplies par l'infirmière je crois...Je suis étonnée de ne pas voir souvent des mot ou de tampons de médecin scolaire... « Ce sont peut être des enfants qui vont bien ? » Ah alors vous m'apprenez quelque chose tous les enfants ne sont pas vu systématiquement par le médecin scolaire alors ? « Non en effet ...j'explique un peu le mode de fonctionnement ». Je n'ai jamais reçu de courrier émanant d'un médecin scolaire donc pourquoi pas un courrier avec leur coordonnées...

- **Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?** Je n'en avais pas avant qu'on se rencontre

- **Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ?** L'existence d'un régime alimentaire particulier, la prise de médicaments au cas ou, mais dans ce cas là le PAI suffit...La présence de troubles du comportement...Le contexte socio familial...

Connaissance de la médecine scolaire ?

- **PAI, oui ...PPS non - avez vous déjà été contacté pour cela par écrit ?** Oui pour le PAI mais je ne reçois que la fiche à remplir apportée par les parents. **Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ?** Je pense que j'ai déjà été invitée notamment par une maman mais je n'avais pas pu...il y a toujours le problème du temps...
- **Fonctions et Missions du MEN ?** Non
- **Outils de dépistage classique : BSEDS ?** Non
- **Avec qui travaille t-il ?** Médecin traitant, pédiatres, médecins de PMI, enseignants, chef d'établissement

- **Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ?** Je connais la MDPH mais plus pour les adultes...donc non pas vraiment...Structures mises en place primaire et secondaire ? CLIS c'est ça... Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale, ... ?
- **Comment percevez vous la médecine scolaire ?** Je pense que c'est une spécialité qui souffre de la méconnaissance que nous en avons et puis je pense que c'est une profession qui est délaissée par les étudiants parce que on a la notion que peu d'étudiants choisissent cette direction , c'est une profession qui est dévalorisée notamment sur le plan financier je pense, je ne sais pas du tout quels sont les salaires mais ... je pense que ça n'attire pas les étudiants pour ces raisons : professions dévalorisée, mal payée,...Le médecin scolaire est souvent mis de côté j'ai l'impression...effectivement je n'ai jamais vu le nom du médecin scolaire figurer dans la liste des correspondant sur un compte rendu d'hospitalisation...ils doivent souffrir d'isolement c'est l'impression que ça donne alors je me trompe peut être...C'est très féminisé...J'imagine une femme assez âgée ! On a une image assez désuète de cette profession c'est vrai...Les parents nous parlent très peu d'eux car ils n'ont pas de contact eux aussi...
- **Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ?** Médecine générale et un concours...
et de la votre concernant cette discipline ? Je pense que c'est un des parents pauvres de la médecine et on ne m'a pas parlé de cette spécialité dans mes études.

Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, de moins en moins très peu
- tabac ou autres substance oui
- contraception oui
- troubles du comportement,
- troubles des apprentissages ils ne viennent pas me voir pour ça mais j'en ai quand même dans mes patients
- gestion d'une maladie chronique
- handicap je gère moins, les protocoles sont souvent déjà instaurés avant ma consultation

Entretien MG 5

27/01/14

Caractéristiques du médecin :

ANCIENNETE 9 ans
AGE 36 ans
ACTIVITE libérale, milieu urbain, remplaçante, travaille dans 3 cabinets dans 3 villes différentes dans le 95
DOMAINE DE PREDILECTION non

Durée de l'entretien : 17min 55s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- **Avez vous parmi votre clientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?**

OUI

- **Sont-ils scolarisés ?**

-OUI

- **Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ?** 20 minutes

- **Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ?** Souvent avec les pédiatres...après je suis des enfants asthmatiques donc pneumo pédiatres à l'hôpital

- **Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ?** Importante...ça se fait surtout par courrier dont je garde une trace écrite systématiquement et par téléphone et dans ce cas là je note un mot dans le dossier... « S'il n'y avait pas de communication dans votre pratique ce serait un problème pour vous ? » Clairement oui...quand l'état de l'enfant est stable ça va mais quand ça se déstabilise on a besoin d'aide on appelle au secours quoi !

- **Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ?** En gros ça se passe bien car d'une part il y a la proximité avec les patients, ils viennent toujours dans le même cabinet donc les patients savent que quand il y a un problème urgent ils passent au cabinet même sans rendez vous et ça ne pose pas de soucis...les PAI sont fait mais quand il y a un problème tout dépend des parents...les parents ne sont pas toujours très bien formés et informés à ça...

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- **C connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ?** Non, dans tous les cabinets où je travaille dans 3 villes différentes...malheureusement
- si OUI:
 - Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire (orthophoniste, assistante sociale...) courrier, vous travaillez dans une école, vous l'avez contacté ou il vous a contacté ?
 - Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?
Si OUI poursuivre/ si NON revenir au NON initial
 - Quelles relations entretenez vous avec lui ?
Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (revenir au NON)
 - Humaines : bonne /mauvaise
Professionnelles : bonne/mauvaise/
 - Communiquez vous avec lui ?
 - Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an
 - Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...
 - La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?
 - (Par quel support ?)
 - Le support est-il adapté ?
 - Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?
 - Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?
 - En cas d'urgence savez vous où le joindre ?
 - Quels sont les motifs de vos entretiens ?

- si NON : pourquoi ?
N'en ont pas eu besoin ? D'une part oui et d'autre part c'est souvent par courrier interposé notamment les PAI ...donc le nom je ne m'en souviendrai jamais ça c'est sûr... !! y en a peut être un dont j'ai rapporté les coordonnées dans le dossier mais c'est tout...
N'en ont pas eu l'occasion ? Je pense que oui je n'en ai jamais eu l'occasion Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Ben non...
Méconnaissance du MEN ? Oui très clairement... n'ayant pas fait de stage en médecine scolaire je ne sais pas s'ils sont sur place tout le temps ou de temps en temps...en fait je ne sais rien d'eux
Manque de temps et de disponibilité ? Non pas vraiment
Difficultés relationnelles ?
Secret médical ? Non

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 4

Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? Se présenter non...mais quand il y a un patient (bon c'est vrai que l'on ne suit pas des tonnes d'enfant atteint de maladie chronique) qui ont besoin d'un suivi et d'une surveillance particulière, je pense que quand on remplit le PAI il faudrait juste peut être un coup de fil et communiquer sur l'enfant... « Vous n'avez jamais de retour concernant ces PAI ? » Non c'est vrai sauf, pour une fois, le médecin scolaire m'a contactée pour que je revioie le PAI et le traitement de fond pour l'adapter mais c'est tout...

- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?
- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? Oui, pour que les enfants comprennent ...pour que les parents comprennent et puis qu'après il y ait une autonomie qui se fasse
- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Je pense que par téléphone dès qu'un enfant a un souci particulier et que c'est noté dans le dossier de l'élève sans qu'il y ait de PAI forcément ça peut être une bonne occasion pour le médecin scolaire de rentrer en lien avec moi juste pour dire « je suis le médecin scolaire de l'enfant, je vais le suivre etc... » « Un nouvel outil ? » Oui peut être une fiche navette
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Non je n'en ai pas particulièrement
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? ATCD , s'il y a eu des hospitalisations, le traitement de fond, le correspondant spécialiste s'il y en a un, et puis peut être le numéro de téléphone portable ça peut être utile surtout quand je ne suis pas joignable au cabinet et quand je suis en visite...je peux le donner dans certains cas ...le contexte familial et social...le contexte parent

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, oui - PPS non pas du tout j'explique - avez vous déjà été contacté pour cela par écrit? Oui Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? non , mais une des médecins que je remplace y a déjà participé...
- Fonctions et Missions du MEN ? non pas du tout
- Outils de dépistage classique : BSEDS ? non plus
- Avec qui travaille t-il ? non pas du tout
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale... oui je connais la MDPH , le transport si besoin, l'AVS, les psychomotriciens, l'orthophoniste dans certaines écoles
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? En médecine de ville, je la considère comme quasiment absente...ils ont plus affaire à des infirmières scolaires et peu avec nous...

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 4

- **Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ?** je ne la connais pas
- **et de la votre concernant cette discipline ?** Inexistante, on ne m'en a jamais parlé, je ne sais pas à quoi ils servent, je ne sais pas comment ils ont fait pour être médecin scolaire... et je ne pense pas me souvenir ni en tant qu'externe ni en tant qu'interne pendant mes études même en remplaçant qu'on ne m'ait jamais parlé de lui...
- **Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :**
 - thèmes ?
 - leurs questions (en fonction de l'âge)
 - dispense EPS, certificat aptitude sport, oui ...pour des asthmes un peu compliqué mais stabilisé on reprend un peu pour dire pas n'importe quel sport, pas d'endurance, des choses comme ça...
 - tabac ou autres substances tabac oui avec les ados...mais pas plus qu'avec les enfants malades
 - contraception oui mais toujours à demi mot car la maman est là
 - troubles du comportement,
 - troubles des apprentissages oui de plus en plus...souvent les mamans s'inquiètent et parfois à l'excès donc je recadre...et d'autres ont de vrais troubles et je suis alertée par l'institutrice. Ca ne passe pas par le médecin scolaire...mais ça doit être en école privée où il n'y a pas forcément de médecin scolaire...j'adresse à des centres de référence, ou pédopsychiatre ou parfois je fais une étape intermédiaire entre les 2 par le psychologue car souvent les parents ont tendance à avoir peur et se braquer...on médicalise l'enfant tout de suite et on lui pose une étiquette...avec cette étape ça se passe mieux la plupart du temps...d'autant plus que pour avoir une consultation en centre de référence il faut attendre 1 an à 18 mois et l'enfant a le temps de perdre un an de scolarité en attendant...
 - gestion d'une maladie chronique oui
 - handicap moins, j'en ai eu une non voyante...

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 4

ENTRETIEN MG 6

31/01/14

Caractéristiques du médecin :

AGE 35 ans

DOMAINES DE PREDILECTION Pédiatrie, Coursus : santé publique 5 ans, avec un master d'économie fait en même temps et après j'ai repris la médecine générale...je fais du conseil en santé et des cours d'économie aux infirmières

ANCIENNETE 5 ans, installé depuis 2 ans en cabinet de groupe

SECTEUR D'ACTIVITE urbain, semi rural

Durée de l'entretien :22min 21s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi votre clientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI, j'en ai mais pas beaucoup

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ? Sur le papier 15 min, surtout si tout va bien, mais en réalité 30 min environ pour les enfants à pathologie chronique et si problèmes

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Les spécialistes...pneumo pédiatre ou endocrino pédiatre ou psychologue mais je n'ai pas beaucoup de retour, pas assez en fait...ceux qui me répondent c'est en général ceux que je connais « c'est principalement des hospitaliers, des libéraux...? » oui principalement des hospitaliers...mais il y a aussi des libéraux quelques uns...

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est primordiale...alors moi j'ai créé un réseau de santé pour les médecins en ligne, sur internet donc c'est plutôt important pour moi la communication des médecins entre eux mais malheureusement on sait où elle en est : pas optimale...c'est chronophage c'est tout... après c'est vrai que certains médecins ne veulent pas répondre mais moi je le met plutôt sur le plan du temps...pas le temps « vous jugez que eux ne répondent pas car il n'ont pas assez le temps donc ? » oui c'est mon avis personnel...après aussi on ne veut pas tout dire en médecine, on ne veut pas tout partager...ils n'ont pas forcément envie de partager sur ce qu'ils font peut être pour protéger leurs compétences parce que on nous reproche d'aller sur le terrain des autres et si à chaque fois ils disent exactement

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 5

qu'ils font, forcément on va le faire de plus en plus...j'étais à une réunion à la faculté récemment sur la BPCO et il y avait des médecins de ville qui disaient qu'ils envoyaient le patient chez le pneumologue juste pour faire les EFR et le reste ils savaient faire...en gros c'est le domaine de compétences du généraliste qui s'étend et qui inquiète les autres car on peut accéder à tout et faire pas mal de choses...c'est ce qui m'intéresse dans ce job aussi.

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Moi j'attends le DMP pour que tout soit centralisé...aujourd'hui ils ne sont pas bien pris en charge clairement...je fais de mon mieux, on essaie de récupérer les données par ci par là et avancer mais...il n'y a pas de coordination

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ? NON
- si OUI:
 - Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire (orthophoniste, assistante sociale...) courrier, vous travaillez dans une école, vous l'avez contacté ou il vous a contacté ?
 - Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?
SI OUI poursuivre/ si NON revenir au NON initial
 - Quelles relations entretenez vous avec lui ?
Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (revenir au NON)
 - Humaines : bonne /mauvaise
Professionnelles : bonne/mauvaise/
 - Communiquez vous avec lui ?
-Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an
- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...
- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?
- (Par quel support ?)
- Le support est-il adapté ?
- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?
 - Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?
 - En cas d'urgence savez vous où le joindre ?
 - Quels sont les motifs de vos entretiens ?
- si NON : pourquoi ?

je pense qu'à la faculté ils auraient du nous présenter un médecin scolaire et nous faire un petit module (d'enseignement) là dessus...c'est important...surtout que moi j'ai commencé par faire de la santé publique ; c'est mon premier job...et en santé publique je n'ai jamais entendu parler du médecin scolaire « ah oui !!!!! » Le problème c'est que c'est tellement large la médecine...moi j'aimerais bien savoir si les pédiatres ont déjà entendu parler des médecins scolaires... « oui, ils les connaissent plus que nous, dans leur pratique du moins... » ah mais moi ce que j'aimerais savoir c'est si les pédiatres dans leur cursus en ont déjà entendu parler... » ça je ne peut l'affirmer, du moins pas pour leur internat... »

N'en ont pas eu besoin ? Je pense que j'en ai eu besoin, notamment pour certains patients qui reviennent me voir, ou qui ne suivent pas bien leur traitement qui ne font pas bien les choses...et qui vont à l'infirmier ou vont voir leur professeur mais qui ne signalent pas à nous

N'en ont pas eu l'occasion ? oui, je n'ai jamais été contacté...après je pense que c'est plutôt à eux de nous contacter que à nous, sachant que eux vont recevoir l'enfant pour faire le PAI et nous on devrait avoir un retour, comme pour les protocoles de cancérologie...j'attends toujours actuellement

Il ne fait pas partie de ses correspondants ? oui

Méconnaissance du MEN ? oui clairement,

Manque de temps et de disponibilité ? Je pense qu'ils ont plus de temps que moi mais je suis sûr que c'est un à priori car je ne sais pas du tout ce qu'ils font...ils pourraient peut être s'investir davantage pour la communication avec nous mais peut être n'ont ils pas de secrétariat...en fait je sais pas ...

internet pourrait apporter beaucoup plus de solutions que le reste

Difficultés relationnelles ?

Secret médical ? non pas de soucis surtout si c'est pour l'intérêt du patient et qu'il y a une relation de confiance...

Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? je pense que c'est à la collectivité d'organiser ça...la mairie doit nous envoyer un papier en nous stipulant « voici le médecin scolaire, il fait ça...voici ses coordonnées, et organiser un protocole... »

- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? oui Pourquoi ? pour une meilleure coordination, meilleure prise en charge des enfants...un gain en économie...c'est tellement chronophage pour nous en fait, et pourtant moi je ne suis pas là pour faire du débit, je prend le temps pour tout mais après je suis jeune et les autres n'ont peut être pas le même avis...

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Faire intervenir les collectivités...mettre en relation et initier le lien...connaître les coordonnées...aux réunions je pense qu'il n'y aurait personne...après sur internet peut être présentation du médecin scolaire par vidéo...la promotion en fait de cette profession surtout s'il y a un intérêt de santé publique derrière...maintenant il faut de l'argent aussi et de l'investissement...aujourd'hui il y a peut être d'autres sujets de santé publique qui ont priorité...mais c'est vrai que je trouve que l'enfant est « abandonné » en ce moment...il n'y a pas de cohérence tout est explosé donc ça ne peut pas marcher...

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Un retour...

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Je ne donnerais peut être pas d'information sur le plan familial sauf s'il y a un lien de confiance qui s'est établi...après le dossier médical en lui même...

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, oui PPS oui- avez vous déjà été contacté pour cela par écrit ? Oui pour le PAI Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? non
- Fonctions et Missions du MEN ? je ne connais pas du tout
- Outils de dépistage classique : BSEDS ? audition, vision, ...c'est ça ? j'explique je ne le connais pas vraiment en fait
- Avec qui travaille t-il ? l'administratif, de l'école, l'académie, avec un qui chapote tout ça, un syndicat peut être je ne sais pas, les spécialistes ...
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenant : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale,...? MDPH oui, AVS, assistante sociale dont je comprends beaucoup mieux le rôle d'ailleurs, associations
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? méconnue de nous
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? c'est comme nous et après un diplôme de spécialisation je crois et de la votre concernant cette discipline ? C'est tellement vaste la médecine... je pense qu'il faudrait un petit peu décrire le paysage même si ça ne suffit pas en faisant présenter le médecin scolaire, le médecin généraliste, le médecin de l'administration et je les ferait parler sur leur travail, leur lieu de travail, et comment ils pourraient servir et interagir avec nous

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, je sais qu'il y a un débat autour de ça...ça été modifié je crois...je passe du temps pour examiner l'enfant et j'en profite pour aborder d'autres sujets...je trouve que c'est important de les voir tous les ans...voir la famille le contexte...il faut conserver ce certificat...la question n'est pas je le donne ou je le donne pas en fait
- tabac ou autres substance on l'évoque toujours...pour initier le débat
- contraception oui mais difficile car je suis un homme... mais on organise des consult seuls...
- troubles du comportement,

- troubles des apprentissages oui, j'ai des mais orthophonistes qui m'aident un peu sur ces sujets...après pour la prise en charge je ne me dirige pas directement systématiquement vers l'hospitalier, on commence doucement

- gestion d'une maladie chronique oui asthme plutôt

- handicap j'en ai quelques uns type myopathie...et là support psychologique +++ et puis centralisation de tout ce qui est fait mais ils sont beaucoup mieux au courant de tout ça, plus que nous même, notamment grâce aux associations...ça c'est bien fait en France contrairement à la médecine scolaire...

Entretien MG 7

18/02/14

Caractéristiques du médecin :

AGE 52ans
 MDS oui depuis 2ans ½, accueil des externes
 ANCIENNETE 20 ans
 DOMAINES DE PREDILECTION pédiatrie, gynéco (FCV, urgence gynéco un peu)
 URBAIN
 CABINET DE GROUPE 2 médecins

Durée entretien: 16 min (questionnaire) + 10 min d'explication et il en fallait...!

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi votre patientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI, on a pas mal d'enfants

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ? Ca dépend si il a 39 de température c'est 10 min sinon si c'est l'examen du nourrisson c'est plutôt 30 min

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Pneumologue, allergologue, en libéral et hospitalier...il y a un retour souvent avec le CR dans le carnet de santé

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? C'est primordial

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? En général ils sont bien pris en charge

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ? NON

- si OUI:

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire (orthophoniste, assistante sociale...) courrier, vous travaillez dans une école, vous l'avez contacté ou il vous a contacté ?

- Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?
 Si OUI poursuivre/ si NON revenir au NON initial

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 4

- Quelles relations entretenez vous avec lui ?
 Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (revenir au NON)

Humaines : bonne /mauvaise
 Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui ?

-Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an
 - Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...
 - La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?
 - { Par quel support ?}
 - Le support est-il adapté ?
 - Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?

- Quels sont les motifs de vos entretiens ?

- si NON : pourquoi ?

N'en ont pas eu besoin ? Oui, alors une ou 2 fois j'ai eu une infirmière du lycée sinon pas plus que ça

N'en ont pas eu l'occasion ?

Il ne fait pas partie de ses correspondants ? NON

Méconnaissance du MEN ? Oui ils sont tellement peu nombreux...souvent on voit un examen ou un mot de l'infirmière scolaire mais rarement du MS...

Manque de temps et de disponibilité ? Oui

Difficultés relationnelles ? Non

Secret médical ? Non, ça ne pose pas de soucis si c'est pour l'intérêt de l'enfant

Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? Ca me paraît très compliqué...surtout lorsqu'il est rattaché à plusieurs établissements différents en même temps...

- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Je n'y avais pas pensé avant vous...! Pourquoi ?

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Il faudrait qu'on ait ses coordonnées ...

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Je n'en ai pas

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Je pense que c'est l'infirmière scolaire qui gère les problèmes au quotidien car elle

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 4

est présente sur l'établissement tous les jours...éventuellement les comptes rendus d'hospitalisation ou notification de certains problèmes de santé

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, PPS - avez vous déjà été contacté pour cela par écrit? Oui Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? Non
- Fonctions et Missions du MEN ? Pas tout a fait en tous cas pas dans sa globalité
- Outils de dépistage classique : BSEDS ? Non
- Avec qui travaille t-il ? Non
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Pas grand chose voir rien du tout...souvent ce sont plus souvent les parents qui sont au courant Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale, oui ...On n'est pas du tout formés pour ça et puis on n'a franchement pas le temps...
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? C'est une discipline très méconnue, après c'est vrai que c'est une discipline qui permet de prendre en charge des enfants à l'école, enfants qui ne sont pas très bien suivis en ville...ça peut être un relais, un complément, mais c'est vrai que sinon c'est complètement opaque
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Je n'en ai jamais entendu parlé dans ma formation initiale et de la votre concernant cette discipline ?

Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?

- leurs questions (en fonction de l'âge)

-dispense EPS, certificat aptitude sport, oui

- tabac ou autres substance oui

- contraception oui

- troubles du comportement,

- troubles des apprentissages pas très souvent, on est très souvent sollicités pour faire des bilans orthophoniques sur les conseils de l'instituteur...on voit parfois des enfants très agités, très touché à tout au cabinet mais si les parents n'en parlent pas ou ne formulent pas de demande nous en 20 min ça ne suffit pas pour savoir comment il va à l'école...et à moins que les parents ne viennent que pour ça ce n'est pas en 20 min qu'on peut aborder le sujet...s'ils sont suivis régulièrement à l'extérieur par orthophoniste ou autre par contre je consacre un certains temps pour le suivi

- gestion d'une maladie chronique surtout asthme

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 4

- handicap j'en ai un, mais ce sont les parents qui se sont débrouillés pour trouver les aides...nous on n'est déjà pas formés on ne sait pas comment gérer...et ce n'est pas à nous de faire la demande auprès de l'école pour une AVS ou autre...entre la non information et le manque de temps c'est difficile...parfois on peut passer une heure et demi pour demander un compte rendu ou des nouvelles d'un patient hospitalisé...alors vous imaginez le nombre d'heure qu'il faudrait perdu au téléphone...ce n'est pas possible.

NB : j'ai une amie qui était intéressée par la médecine scolaire mais découragée par la formation en Province. On n'a pas assez de temps, le PAI doit être fait consciencieusement et parfois on nous demande de les remplir à la va vite ...

Les médecins partent à la retraite et ne sont pas remplacés (démographie médicale)

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 4

Entretien MG 8

19/02/14

Caractéristiques du médecin :

ANCIENNETE 6 mois
 AGE 28 ans
 ACTIVITE libérale, milieu urbain, remplaçant en cours de thèse, travaille dans plusieurs cabinets différents dans le 95
 DOMAINE DE PREDILECTION non
 A FAIT UN STAGE EN MEDECINE SCOLAIRE 6 MOIS 1 FOIS PAR SEMAINE

Durée de l'entretien : 28min 13s**Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants**

- Avez vous parmi votre patientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI, surtout pour des enfants atteints d'asthme avec rédaction du PAI...ensuite je vois d'autres enfants qui ont un traitement pour hyperactivité dont le médecin scolaire est au courant des difficultés, et ensuite des enfants autistes (1 ou 2) qui des AVS, etc...Un cas difficile à gérer car le médecin scolaire est en arrêt maladie

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ? Entre 15 et 25 minutes, quand il y a un travail de fond c'est plutôt 30 min

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? J'ai peu d'expérience car je suis jeune remplaçant mais depuis le début du remplacement c'est surtout pédiopsychiatre avec un rédacteur de courrier, que je rédige d'ailleurs parfois avec les parents ; pneumologue, pour l'asthme. C'est surtout des praticiens hospitaliers

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Importante...elle est aussi intéressante et instructive pour l'enfant et pour améliorer nos propres connaissances...quand on a un retour c'est important pour moi, on a une vraie interaction et on réfléchit ensemble sur le cas ou comment on pourrait améliorer le cas de l'enfant, des thérapeutiques...c'est vrai que c'est toujours un plaisir d'avoir un retour de la part du confrère...Elle n'est pas encore primordiale car actuellement je n'ai pas encore assez de retour, peut être dans les années futures...

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? On pourrait améliorer pas mal de choses...on pourrait peut être prévoir une consultation standard, cotée, avec un temps dédié, peut être une fois par an...dans le futur pour l'amélioration des cas chroniques...Les médecins scolaires sont la plupart du temps

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 4

débordés...mais c'est vrai qu'on pourrait faire régulièrement une évaluation de ce qui est fait à l'école, en parler...ce serait bien qu'il y ait toujours une personne référente, un continuum... Pour la prise en charge globale, même si ça ne va pas on peut toujours adapter, adresser à un autre confrère si problème ou pour avoir un autre avis...c'est notre rôle...il faut prendre du temps...Ce qui est remarquable c'est vous êtes un véritable acteur de la prise en charge de ces patients... ! J'espère l'être... !

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ? Oui, plusieurs, et pas mal dans le 95 par le biais de mon internat

- si OUI:

- Comment l'avez vous connu ? Par l'intermédiaire de l'internat, j'ai fait des vacations 1 fois par semaine en médecine scolaire, et par des réunions professionnelles mais toujours par le biais de l'internat et du stage en médecine scolaire...

- Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?

OUI

- Quelles relations entretenez vous avec lui ?

Existante

Humaines : bonnes

Professionnelles : bonnes, tant qu'elles sont courtoises tout va bien

Je sais que les médecins scolaires sont dans l'attente qu'on rentre en lien avec eux, qu'on les appelle, qu'ils ont l'impression qu'on travaille chacun de notre côté alors qu'on devrait travailler ensemble pour l'enfant, qu'on leur adresse des enfants, et maintenant je prend en compte cet état de fait et je les appelle s'il y a besoin, je me suis servi de mon stage pour améliorer ma pratique

- Communiquez vous avec lui ?

-Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an actuellement c'est ponctuel car je démarre ma carrière

- Comment ? Téléphone peu même si je sais que je devrais peut être, courrier surtout

- La communication est satisfaisante, surtout par le biais du téléphone professionnel, c'est bien

-(Par quel support ?)

- Le support est-il adapté ?

- Le carnet de santé est-il utile ? oui et suffisant oui

- Est-il facilement joignable ? oui, mais il faut connaître ses coordonnées...

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? Oui, par le téléphone professionnel surtout quand je l'ai

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 4

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? actuellement c'est pour une situation difficile avec un enfant présentant des addictions et des difficultés d'aménagement d'épreuve

- si NON : pourquoi ? /ou alors donner son avis sur la question...

N'en ont pas eu besoin ?

N'en ont pas eu l'occasion ?

Méconnaissance du MEN ?

Manque de temps et de disponibilité ? ca peut être un frein en effet...on devrait faire des consultations dédiées au problème...on peut en effet revoir l'enfant en plusieurs fois mais c'est délicat, surtout à mon niveau de pratique en tant que remplaçant

Difficultés relationnelles ?

Secret médical ? non, il faut faire attention par contre au secteur administratif qui ne doit pas connaître le dossier médical de l'enfant...après, avec le médecin scolaire quand c'est bien fait, qu'on emploie les bons termes, que l'enveloppe est fermée je ne vois pas de problèmes...

Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? C'est une idée, mais il a en charge pas mal d'élèves, ca lui prendrait 3 mois !!! Après c'est vrai que par un petit courrier où figurent ses coordonnées et ses missions c'est jouable...on n'aurait plus d'excuses après...après on peut faire des rencontres où l'ensemble des participants de la prise en charge de l'enfant se voient à l'école par exemple ce serait super et très utile à nous tous...

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? Oui cf remarques précédentes

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Avoir les coordonnées des médecins scolaires

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Un nouveau médecin scolaire installé devrait se présenter par un petit courrier, ca montre qu'il est disponible...c'est une démarche positive

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Le traitement il l'a, diagnostic on peut le re préciser, c'est surtout les informations sur l'entourage (parents frères et sœur), ce n'est pas la même chose lorsqu'un enfant a un frère ou une sœur autiste... c'est très utile. Et puis on peut communiquer les autres correspondant qui s'occupent de lui et les paramédicaux...Après le médecin scolaire a son rôle, on ne peut pas se substituer à lui par exemple n ne pourra pas déterminer le devenir de l'enfant, notamment à quelle branche professionnelle il pourra accéder...etc...

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 4

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, oui - PPS oui - avez vous déjà été contacté pour cela par écrit? Oui pour le PAI Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? oui, mais c'était dans le cadre de l'internat, je n'ai pas encore été contacté en tant que jeune remplaçant

- Fonctions et Missions du MEN ? je ne les connais pas par cœur...je connais les grands thèmes il m'en cite certaines et c'est exact

- Outils de dépistage classique : BSEDS ? oui

- Avec qui travaille t-il ? oui avec d'autres médecins scolaires et l'inspection académique... ah oui les MG et les spécialistes

- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale... oui je connais la MDPH, le transport si besoin, l'AVS...

- Comment percevez vous la médecine scolaire ? Avant je n'avais aucune idée si ce n'est par mes souvenirs de petit garçon où on me faisait le dépistage auditif...personnellement après je n'ai pas eu de pathologie à l'école donc voilà...après j'ai découvert la médecine scolaire par le biais de mon stage et c'était très enrichissant...tous les futurs médecins devraient faire ce stage ! Car ma vision a changé, j'ai vraiment vu la l'interaction qu'il a, le rôle qu'il joue, son importance ans l'année scolaire pour les familles, pour améliorer les conditions d'examen, pour améliorer ses conditions de vie à l'école donc ses conditions de vies, et surtout son rôle sur son devenir et c'est ça moi qui m'a impressionné, tout est anticipé sur la suite, le futur métier, sur ce que l'enfant fera plus tard etc...ce qu'on ne fait pas en ville...J'aurais dû mal maintenant à avoir de mauvais a priori sur eux car je sais à quel point ils peuvent être utile quand ils sont présents

- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? oui on m'a expliqué et je sais qu'on peut ne pas passer cet examen et intégrer la médecine scolaire en tant que vacataire

- et de la votre concernant cette discipline ? très pauvre

Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?

- leurs questions (en fonction de l'âge)

- dispense EPS, certificat aptitude sport, oui pour des périodes courtes

- « comment ça se passe à l'école ? »

- tabac ou autres substances oui

- contraception oui

- troubles du comportement,

- troubles des apprentissages oui quelques uns

- gestion d'une maladie chronique oui - handicap rares

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 4

Entretien MG 9

26/02/14

Caractéristiques du médecin :

AGE 62 ans

ANCIENNETE 33 ans

URBAIN

DOMAINES DE PREDILECTION pédiatrie

MDS non

Durée de l'entretien : 23min 57s**Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants**

- Avez vous parmi votre patientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ? Ca dépend de ce qu'il a...un rhume ca va vite...15 min en moyenne jusqu'à 30 min voir plus parfois

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Je communique avec ceux dont j'ai besoin...peu avec les pédiatres car j'ai l'impression qu'il y a un conflit...sinon neurologue, les spécialistes en général...libéraux plutôt...avec l'hôpital c'est plus tendu...car j'ai l'impression qu'il y a une sorte de jalousie...il faut du temps pour recevoir un compte rendu

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est primordiale...par exemple un enfant qui a eu été hospitalisé pour convulsion il ressort au bout de 2,3 jours et nous on a besoin d'informations complémentaires à celles apportées par les parents

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Je pense que au global la prise en charge médicale est correcte, la prise en charge psychologique en revanche n'est pas toujours fameuse, notamment au niveau hospitalier, et là c'est vrai qu'il faudrait un lien plus étroit...on connaît la maman on sait comment elle va réagir et c'est un plus on peut faire un travail conjoint à ce niveau là

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 4

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ? J'en connaissais une mais je ne me souviens pas de son nom...aujourd'hui je ne suis plus sûre du nom

- si OUI:

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire (orthophoniste, assistante sociale...) personnel courrier, vous travaillez dans une école, vous l'avez contacté ou il vous a contacté ? Au début ça se passe très bien et après on a travaillé dans notre coin car il y a eu un désaccord à propos d'un enfant et j'ai en fait senti une réticence de sa part ce qui a bloqué les échanges et après c'était purement formel et administratif

- Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?
OUI

- Quelles relations entretenez vous avec lui ?
Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (revenir au NON)

Humaines : bonne /mauvaise
Professionnelles : bonne/mauvaise/ quand elles existaient

- Communiquez vous avec lui ?

-Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an

- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?

- (Par quel support ?)

- Le support est-il adapté ?

- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ?

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?

- Quels sont les motifs de vos entretiens ?

- si NON : pourquoi ?

N'en ont pas eu besoin ? Il y a toujours un besoin car quand il y a plusieurs personnes qui s'occupent de quelqu'un ça se passe forcément mieux...mais c'est vrai qu'on ne crée pas le besoin dans mon cas il y a eu une mauvaise expérience

N'en ont pas eu l'occasion ? En ce moment il y aurait plusieurs occasions je pense en particulier à un enfant hyperactif et c'est vrai /est ce que la prise en charge est bonne je n'en suis pas sûr

Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Oui

Méconnaissance du MEN ? Oui clairement, moi je connais le rôle du MEN mais je n'ai jamais vu un MEN pratiquer et ca serait utile

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 4

Manque de temps et de disponibilité ? Oui ça c'est sûr

Difficultés relationnelles ? Oui

Secret médical ? Non pas quand il s'agit de l'intérêt de l'enfant

Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? Je pense que ce serait une ouverture mais on se présente surtout en fonction d'un cas et après ça se poursuit, un petit courrier ce serait bien

- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Oui c'est évident Pourquoi ? Pour une meilleure prise en charge de l'enfant, pour améliorer nos connaissances sur la profession...tout ce qu'on sait en plus en MG c'est bien !

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Une réunion d'information mais le problème et que les médecins ne viennent pas, le courrier dont on a parlé

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Sa vie quotidienne, son contexte familial que le médecin scolaire ne connaît pas forcément et là je pense à un cas particulier

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, PPS je connais peu, on connaît surtout par rapport à ce que nous disent les parents – avez vous déjà été contacté pour cela par écrit? Oui Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? non
- Fonctions et Missions du MEN ? Dépistage mais ça c'était avant parce que je crois que là ils n'ont plus le temps...ils sont axés sur des soucis particuliers à l'école...PAI...? Là vous voyez c'est flou dans ma tête...c'est fou là il y a un problème en effet !!!
- Outils de dépistage classique : BSEDS ? non
- Avec qui travaille t-il ? Non
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale, AVS
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? Je vais te répondre en fonction de ce que disent les mères : elles perçoivent ça comme une agression ...c'est mal vécu, et je leur explique qu'ils ont un rôle et que en effet ils peuvent être bloqués par l'administration... Quand un MEN fait bien son boulot et qu'il a le temps de le faire, c'est vrai que c'est mieux
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? je ne la connais pas et de la votre concernant cette discipline ? Elle est quasiment nulle, je reviens sur la réunion d'information ca serait vraiment utile

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 4

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?

- leurs questions (en fonction de l'âge)

-dispense EPS, certificat aptitude sport, oui

- tabac ou autres substance oui

- contraception oui mais je ne provoque pas, j'attends qu'il y ait une « faille »

- troubles du comportement,

- troubles des apprentissages oui

- gestion d'une maladie chronique diabète surtout car c'est un vrai problème à l'école, allergie, asthme mais c'est moins important

- handicap oui

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 4

ENTRETIEN MG 10

20/06/14

Caractéristiques du médecin :

AGE 28 ANS

REPLACANTE DEPUIS 1 an, thésée depuis 6 mois – Remplacante dans le 95 et dans le 93

EX INTERNE STAGE EN MEDECINE SCOLAIRE 1 journée et demi par semaine dans le 95

Durée de l'entretien : 20min 20s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi votre patientèle des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI pour les maladies chronique, surtout asthme et allergie alimentaire. Pas de handicap.

- Sont-ils scolarisés ?

OUI

- Quel temps passez vous en moyenne avec un enfant ? Je prends 20 minutes pour tout le monde

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? J'ai déjà fait des lettres pour des pneumo pédiatres, pour le neurologue, et allergologue ...oui avec les spécialistes. Et le médecin scolaire ? Oui pour un souci de conflit avec l'administration ou les absences n'étaient pas comprises par l'école

- Que représente cette communication dans votre pratique courante ? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est importante, pour rassurer les parents, pour encadrer mieux les choses et pour que ça se passe mieux à l'école.

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? J'ai l'impression qu'ils sont bien pris en charge

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un MEN ? le MEN de votre ville ? oui

- si OUI:

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 4

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire (orthophoniste, assistante sociale...) courrier, vous travaillez dans une école, vous l'avez contacté ou il vous a contacté ? Par le stage en médecine scolaire

- Connaissez vous ses coordonnées ? Savez vous où le joindre ?
Si OUI poursuivre/ si NON revenir au NON initial

Oui et oui

- Quelles relations entretenez vous avec lui ?

Epistolaire surtout par courrier
Existante ? (poursuivre) ouiHumaines : **bonne** /mauvaise
Professionnelles : **bonne**/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui ?

-Nombre de contact avec le MEN : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an : 3 ou 4 fois en un an

- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...

- La communication est-elle **satisfaisante** ? Insuffisante ?
-(Par quel support ?) le courrier car je mets toutes les informations nécessaire risquer que les informations se perdent notamment si je passe par les parents

- Le support est-il adapté ?

- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ? Je n'y ai pas pensé...mais il y a tellement peu de place dans le carnet de santé que je préfère faire une lettre...ça prend trop de place dans le carnet de santé

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ? Comme il y a des horaires un peu décalées, ce n'est pas toujours très simple

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? c'est faire des PAI avant tout et pour un souci de conflit avec l'administration scolaire

- si NON : pourquoi ?
N'en ont pas eu besoin ?
N'en ont pas eu l'occasion ?
Il ne fait pas partie de ses correspondants ?
Méconnaissance du MEN ?
Manque de temps et de disponibilité ?
Difficultés relationnelles ?
Secret médical ?
Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ?

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 4

- Pensez vous que c'est au MEN de se présenter ? Il ne devrait pas hésiter à faire un courrier au médecin traitant ou l'appeler...ça marche bien avec les autres spécialistes donc il n'y a pas de raison que ça ne fonctionne pas avec les médecins généralistes...un courrier avec leur nom figurant clairement...qu'il rentre en lien plus facilement avec les MG...et comme ça on les connaîtra à force

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? oui Pourquoi ? Par rapport aux parents, ça permet d'enlever pas mal d'angoisse sur la prise en charge de l'enfant malade au sein de l'école, ça les rassure...ça permet d'avoir une meilleure prise en charge médicale car on peut avoir un autre avis sur ce qu'on peut proposer à l'enfant...pour améliorer son suivi et sa prise en charge

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Rentrer plus facilement en lien avec le médecin généraliste

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Un petit compte rendu de consultation quand ils reçoivent un cas un peu difficile ou le compte rendu d'équipe éducative pour les cas difficile...avoir les bilans neuropsych (test de QI ou autre) ce serait intéressant qu'on ait un double ce serait bien.

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Je mettrai la même chose que dans un courrier classique... Son âge ses ATCD, pourquoi je le vois et pourquoi je sollicite un avis. Le contexte familial c'est compliqué dans la mesure ou on remet le courrier aux parents...éventuellement après mais pas dans une lettre. Dans le sens MEN → MG, j'aimerais voir la même chose...son évolution à l'école oui bien sûr

Connaissance de la médecine scolaire ?

- PAI, PPS – avez vous déjà été contacté pour cela par écrit? Oui Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? Oui
- Fonctions et Missions du MEN ? Dépistage, le suivi maladies chroniques, pris en charge du handicap, l'adaptation de la scolarité de l'enfant, un lien entre l'école et le médecin traitant
- Outils de dépistage classique : BSEDS ? Je le connais
- Avec qui travaille t-il ? Psychologue, neuro psy, orthophoniste, professionnels du champ de la rééducation, les spécialistes
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Structures mises en place primaire et secondaire ? Intervenants : médecin scolaire, MDPH, assistante sociale, AVS, aides financières
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? C'est très sympathique...après c'est vrai que je suis tombée sur quelqu'un qui aime son métier je suis peut être un peu biaisée, ...Alors quand on ne connaît pas on a l'impression que c'est un sous métier, que ça ne sert à rien...que c'est des gens qui ne font rien...Ce n'est pas vrai, c'est un métier qui est beaucoup dans l'échange, aussi bien au niveau de l'école que les autres professionnels médecins et paramédicaux donc c'est très intéressant de faire le lien avec tous ces gens pour pouvoir améliorer la prise en

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 4

charge de l'enfant...donc c'est vraiment un travail d'équipe...je l'ai mis en parallèle avec un stage de MPR que j'avais fait auparavant (le médecin qui coordonne la rééducation de son patient comme le médecin scolaire peut le faire pour l'enfant).C'est un métier très intéressant. C'est un avis que je n'avais pas du tout avant mon stage d'interne, je ne les connaissais pas, ni le métier, ni la fonction, je pensais que c'était une plaquette. Si je n'avais pas fait ce stage, je n'aurais certainement pas connu la discipline et je n'aurais pas pensé ni même eu envie de travailler avec eux

- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? et de la votre concernant cette discipline ? une formation à Renne de 2 ans. Je n'avais pas d'avis sur ma formation concernant la discipline avant le stage...ça me permet d'ouvrir des possibilités pour ma propre carrière, chose que je n'aurais pas du tout envisagé, et de changer des choses dans ma pratique quotidienne. Si je n'avais pas fait ce stage, il y a plein de choses qui me seraient passées au dessus aussi bien en terme de communication avec le médecin scolaire que la prise en charge des enfants maladies chroniques et handicap...Avant ce stage, on a entendu parler des PAI...hormis cela...rien !

Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, oui
- tabac ou autres substance non
- contraception non
- troubles du comportement,
- troubles des apprentissages oui j'en ai eu
- gestion d'une maladie chronique oui
- handicap non

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 4

ENTRETIEN MEN 1

18/11/2013

Caractéristiques du médecin :

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE 2 LYCEE ET 2 COLLEGES 4 MATERNELLES 10 ELEMENTAIRES 4 CLIS

ZONE ZEP

BASSIN SARCELLES

ANCIENNETE 20 ANS

AGE 56 ANS

Durée de l'entretien : 23min 37s**Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants**

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

- OUI ou presque tous

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ?

Ca dépend de la pathologie : si c'est une pathologie de base type asthme c'est le médecin généraliste et si c'est une pathologie plus complexe type drépanocytose, diabète on travaille énormément en réseau avec l'hôpital

Quel hôpital ? - L'hôpital de Gonesse on travaille ensemble, eux font des protocolesDes hôpitaux parisiens ? un peu Debré et Necker mais la majorité c'est Gonesse

Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ?

C'est primordial parce qu'on a mis en place un réseau de partenariat et ce n'est pas que dans le sens médecins scolaires qui demandent des renseignements aux médecins c'est aussi dans l'autre sens d'ailleurs on a monté une étude statistique par rapport à ça

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 5

Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ?

Je pense que depuis que ce partenariat existe ça s'est bien amélioré et les familles sont d'autant plus partie prenante dans ce projet qu'elles se rendent compte que tout le monde travaille ensemble donc quand elles ont un souci soit elles viennent me voir soit elles vont à l'hôpital et en fait on se répond mutuellement, tous, et la famille quand elle a un souci on règle le problème

Et ça améliore vos conditions de travail ? : Tout à fait !**Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire**- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? pluriel

OUI, de nom...

- Comment l'avez vous connu ? Professionnelle, uniquement téléphonique

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?

OUI et OUI

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?

Existante...

Je leur fais des avis ils me répondent , je leur envoie des PAI ils les signent...bon...quand je veux des examens complémentaires je leur téléphone et ils marquent ce que je demande sur l'ordonnance et c'est tout

Humaines : bonne /mauvaise indifférente ! c'est très professionnel
Professionnelles : bonne/mauvaise/ cordiale

- Communiquez vous avec lui (eux) ?

- Nombre de contact avec le MG : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an

- Comment ? Téléphone, courrier avec l'avis qu'ils signe et rapporté par les parents dans les 2/3 des cas, et le carnet de santé

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?
Avec l'hôpital c'est satisfaisant mais avec les médecins généralistes, ils n'ont pas trop le temps moi non plus mais bon globalement c'est correct

- Par quel support ? l'avis, courrier

- Le support est-il adapté ? l'avis oui, mais pour le carnet de santé il n'y a jamais rien dedans mais on y arrive quand même

- Donc pour vous le carnet de santé est insuffisant ? ben oui, les choses importantes ne sont pas notées

- Notez vous dans le carnet de santé ? oui, je note, une phrase, je ne mets pas tout

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 5

- Vous arrive t-il de vous freiner pour noter des informations qui peuvent nuire à l'enfant par rapport à son avenir professionnel ou autre ? oui je ne note que les préconisations

- Par rapport aux difficultés d'apprentissage également ? oui

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ? oui, je leur téléphone sans problèmes

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens ?)

Une maladie contagieuse, une information préoccupante, voilà,... et pour les méningites lorsqu'il y a un souci je les mets au courant
Donc pour les situations relativement urgentes ? oui voilà
C'est des entretiens plutôt rapides ? longs ? Plutôt rapides, environ 5 min

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? N'en ont pas eu l'occasion ? Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG ? Manque de temps et de disponibilité ? Difficultés relationnelles ? Secret médical ?
Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? oh non il n'a pas le temps... (je repose la question quel est votre avis à vous ?) ce que je pense moi ?...non je ne pense pas qu'il ait à se présenter à nous

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? oui c'est toujours intéressant de développer les relations, c'est toujours bon pour les patients mais vu le nombre de médecins généralistes sur la ville, même s'ils sont en quantité insuffisante, on passerait un mois en rendez vous alors...quand c'est téléphonique c'est bien.

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ? le temps, le nombre de patients, ils sont débordés, nous aussi, La méconnaissance de votre métier vous pensez que c'est aussi un frein ? Ben oui quand ils ne savent pas ils viennent moins vers nous et disent aux parents « vous allez voir le médecin à l'école » et ça s'arrête là . Un exemple : le fait de ne pas être fixe à un endroit c'est un frein ? non non ils ont mon numéro de portable, avec un portable il n'y a pas de soucis

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? faire des rencontres peut être pour se connaître, régulièrement enfin une fois ou deux par an, des EPU ou des choses comme ça...Ce qui me ramène toujours à dire :comme à l'hôpital je les vois quasiment toutes les semaines, je les connais bien, ils me connaissent bien, je les appelle, ils m'appellent et puis voilà, c'est vrai avec l'hôpital il n'y a pas de soucis ce qui n'est pas le cas avec les médecins généralistes, ils sont débordés je pense. Mais c'est quelque chose que vous appréciez, d'aller à l'hôpital, de participer... ah bah ça c'est sûr ! Oui ! Et vous appréciez de le faire

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 5

aussi avec les médecins généralistes mais en pratique c'est un peu plus difficile ou bien sûr

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? tous les bilans des retards de langages, les médecins ne savent pas faire donc on leur dit ce qu'il faut marquer sur les ordonnances...pour les bilans orthophoniques ils ne savent pas trop non plus, pour les retards de langage, ils disent « allez voir le médecin à l'école, il vous dira s'il y a un retard de langage », les troubles du comportement ils disent souvent « oh non ça va aller , ça va passer » souvent c'est parce qu'ils ne savent pas, mais c'est normal...et travailler ensemble la dessus serait bien Et sur l'enfant en lui même est ce que lui pourrait avoir des informations et pas vous qu'il pourrait vous communiquer ? un constat de coup, un problème social, le contexte familial de l'enfant, ça peut être un plus parce que sinon sur le plan médical les familles savent plus ou moins.

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? les suivre régulièrement, suivre les bilans hospitaliers, signaler s'il y a un problème particulier

- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? ça dépend du médecin, je ne peux pas dire... d'après vous ? y'en a qui font 5 min et d'autres une heure

- Comment percevez vous la médecine générale ? quelque chose d'indispensable pour la prise en charge globale de la famille et de l'enfant , on ne peut pas s'en passer vous pensez qu'il y a des failles ? chacun son métier eux ils prennent l'enfant dans sa globalité et nous sur les problèmes d'apprentissage sur le temps scolaire, on est complémentaires

- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? (actuelle) quelle a été votre cursus ? oui, ils font externe, interne en médecine générale avec des stages en ambulatoire, des stages libres, le SASPAS qui n'est pas obligatoire et l'installation ... le concours est à la 6e année et l'internat dure 2 ans je crois ou 3 ans ? Mon cursus : j'ai juste été externe puis FFI puis ma thèse de médecine générale puis des remplacement et le diplôme de l'EN

- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? oui 2 semestres que pensez vous de cette démarche ? c'est très bien c'est très positif qu'est ce que cela vous apporte ? approfondir plus, de rechercher la biblio, de remettre en question le métier

Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?

- leurs questions (en fonction de l'âge)

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 5

- dispense EPS, certificat aptitude sport, non
- tabac ou autres substance oui dans chaque consultation
- contraception non
- bilan des 5-6 ans ? oui
- troubles du comportement, oui
- troubles des apprentissages oui
- gestion d'une maladie chronique oui
- handicap oui

au même niveau

Problème de consanguinité

Travaille beaucoup par mail avec les paramédicaux, il y a un gros travail de réseau mais les médecins généralistes ne sont pas dans ce réseau

Favorable à un nouveau support, comme un passeport où chacun noterait

Pense que c'est plutôt elle qui va « à la pêche du médecin généraliste » eux n'appellent jamais, ils communiquent par carnet de santé. On voulait faire une démarche avec un médecin généraliste sur sarcelles mais n'avait pas le temps « elle s'en fout en fait »

Est ce que vous pensez qu'ils s'en foutent tous ? non mais je pense que chacun est à sa place, donc je leur envoie des papiers de façon assez informelle et professionnelle pour leur suggérer de faire certaines choses. Je serais favorable à développer des protocoles car quand les familles ont des écrit comme ça elles le distribuent à tout le monde donc il faudrait plutôt travailler par mail de façon confidentielle.

Il y a souvent une perte de temps quand les choses ne sont pas faites comme il faudrait par le médecin généraliste pour l'école par exemple pour le PAI, les papiers sont retournés.

Thèse Laurène Corchia

Page 5 sur 5

ENTRETIEN MEN 2

22/11/2013

Caractéristiques du médecin :

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE 29 établissements

ZONE Argenteuil

BASSIN ARGENTEUIL

ANCIENNETE 16 ans

AGE 53 ans

Durée de l'entretien : 40 min

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Moi mes interlocuteurs privilégiés sont les médecins des structures de soin CMPP, CMP, les MG c'est vraiment au coup par coup en fonction des situations, mais je me rend compte que j'ai surtout une communication par courrier interposé, par une lettre type qu'on utilise pour demander les choses, comme c'est un courrier, c'est envoyé mais il y a peu de retour. Si je réfléchis à la communication que j'ai avec ces médecins qui suivent ces enfants là, par le biais de cette lettre type, peu de retour... « Les médecins hospitalier aussi ? » Peu, souvent pour les pathologies spécifiques type diabète c'est souvent dans l'autre sens, c'est le service hospitalier qui fournit le papier, les protocoles, le PAI type que nous formalisons. Avec le médecin généraliste, ça passe aussi un courrier type et le médecin nous renvoie l'ordonnance mais la communication n'est pas forcément verbale.

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante? Elle est fondamentale car nous sommes le médecin du travail de l'élève, nous ne sommes pas le médecin prescripteur, on a en tête bien évidemment ce que sous entend la pathologie sur le niveau scolaire mais on se rend bien compte que le médecin généraliste n'a pas cette vision aussi aigüe que nous pourrions avoir. Par contre, à quel moment je peux faire sentir au médecin généraliste cette nécessité d'avoir cette vision...je ne m'y attelle pas. Je me rend compte que la plupart du temps quand on demande à un médecin de

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 6

dire s'il y a besoin d'un médicament pour un tel enfant il se sent obligé de me répondre oui.

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Nous on dit : la famille de votre patient a signalé un problème de santé chronique, est ce qu'il y a nécessité d'établir un PAI ? et la réponse quand on la reçoit c'est oui ventoline moi j'aimerais bien entendre non il n'y a pas besoin mais ce mot là c'est une non réponse la plupart du temps car la famille ne retransmet pas le document ... en fait je ne sais pas exactement où est la faille...Je trouve que pour certains enfants on a trop d'ordonnance pour de la Ventoline mais le médecin est normalement bien placé pour dire s'il y a besoin ou pas. « D'après ce que vous me dites, c'est plutôt une prise en charge informelle, où finalement il y a un référent, ça se passe quand même bien mais on n'a pas le temps de se focaliser sur des problèmes...? » Oui. Et moi j'aimerais avoir davantage de réponses négatives des médecins qui suivent ces enfants, mais cette réflexion a peut être déjà eu lieu et il n'y a peut être pas besoin de réponse non plus...

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? **pluriel**

OUI, plusieurs

- Comment l'avez vous connu ? Essentiellement autour d'un établissement scolaire, il y a un médecin ou 2 médecins, qui sont autour et tous les enfants sont suivis par eux. « Donc c'est par rapport à l'emplacement ? » Oui c'est ça

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?

OUI, j'ai le nom du médecin, le numéro de téléphone, car la plupart du temps on demande aux parents dans la fiche confidentielle le les coordonnées du médecin.

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?

Existante ? oui pour les urgences / Inexistante ? Pour la plupart oui, dans le quotidien, je n'ai de relations que s'il y a un besoin et si ce besoin est grave

Humaines : j'ai souvenir de ce médecin généraliste qui me déconsidérerait aux yeux d'une famille, sur une situation déjà très compliquée à la base, et donc ce médecin m'avait accablée, mais c'est une histoire qui reste en tête, ça m'a marquée. « Ca a modifié votre pratique ? » Non pas forcément, c'est un mauvais souvenir. bonne /mauvaise

Professionnelles : bonne, assez formelles

- Communiquez vous avec lui (eux) ?

-Nombre de contact avec le MG : 1 fois tous les 6 mois, mais par rapport au nombre d'avis que je lui envoie c'est de multiples fois par semaines, mais comme y'a pas de réponses... Ce que je voudrais faire passer c'est que je l'apostrophe peu au téléphone,

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 6

que je l'apostrophe que dans des cas urgents, mais malgré tout nous on n'a pas d'action de prescription donc si on a besoin qu'il y ait quelque chose on renvoie les familles avec la lettre type ou un courrier.

- Comment ? Téléphone, courrier, parents par la transmission orale (je dis à la famille : « vous direz à votre médecin que je suis le médecin scolaire sur l'établissement et qu'il peut me contacter »)

- La communication est-elle satisfaisante ? **Insuffisante**
- Par quel support ? Par le carnet de santé
- Le support est-il adapté ? Pour transmettre mon nom oui
- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?
- Notez vous dans le carnet de santé ? J'essaie de le faire, on a

la particularité de pouvoir évaluer la vue et l'audition donc ça on le met et après comme ces carnets de santé sont accessibles à beaucoup trop de personnes, ce que l'on peut écrire dessus est mesuré, je peux marquer par exemple le motif de la consultation « difficultés scolaires » ou « troubles des apprentissages » « difficultés de comportement sur l'établissement » je met ensuite « dossier MDPH » si c'est fait.

- Est-il facilement joignable ? Je ne suis pas facilement joignable moi et je sais aussi que ce médecin généraliste quand je lui téléphone est souvent en consultation. « Donc pas facile de se joindre ? » Je suis dans une forme de réticence à l'idée de le déranger. Mais il y a un numéro de téléphone, je le fais, si ça répond c'est parfait...mais j'ai dans l'idée que cet homme travaille derrière un bureau et est dans une pression, plus que peut être moi qui suis fonctionnaire. « Mais vous avez déjà réussi à le joindre ? » Oui bien sûr.

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? Oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens ?) Surtout des urgences, des situations difficiles. 5 à 10 min pas plus... Sinon la dernière fois c'était un bon quart d'heure car c'était un cas compliqué...

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? N'en ont pas eu l'occasion ? Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG ? Non

Manque de temps et de disponibilité ? Oui ça arrive souvent mais quand on veut prendre le temps on le prend...

Difficultés relationnelles ? Non, même si elles existent je ne me freine pas pour autant pour entrer en contact car j'agis dans l'intérêt de l'enfant

Secret médical ? Non il doit être partagé...

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? Ce serait plus facile que ce soit nous qui nous présentions. J'imagine mal l'ensemble des médecins le faire...

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Je pense que c'est toujours très intéressant que les gens dans une société se connaissent. Après c'est la

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 6

disponibilité pour le faire...et je ne suis pas sûre d'être connue des différents médecins généralistes.

- **Quels sont d'après vous les freins à cette communication ? Vous avez déjà commencé à répondre à cette question donc c'est la disponibilité est ce que vous en voyez d'autres ?** La méconnaissance de nos fonctions c'est à dire que dans la mesure où je ne suis pas sûre que les médecins généralistes aient une vision très claire du travail du médecin scolaire. Je ne suis même pas sûre si vous voulez que sur l'ensemble de leur patientèle ils aient une vision aigue du temps que l'élève passe à l'école et l'idée que nous on essaie de transmettre est que nous sommes le médecin du travail de l'élève. Je ne suis pas sûre que pour le médecin généraliste nous connaisse...et moi même j'ai découvert le métier de santé scolaire tardivement et son évolution. On est pas à faire de la publicité ou à montrer ce qui peut être changé car nous sommes désormais des lieux de stage. C'est surtout plus transparent pour un médecin de PMI.

Il y a aussi le problème du secret médical, trop de personnes ont accès au carnet de santé (instituteur, directeur, nounou...etc...). Ca peut exposer les familles...l'enfant peut être catégorisé...il faut être humble et non violent avec ces familles qui ont beaucoup de souffrance déjà.

- **Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ?** Etre maître de stage, c'est fondamental, le travail des internes pour nous faire connaître à leur maîtres de stages !!!! Ca va avec mais ce n'est pas suffisant, il y a aussi ces traces écrites, que doivent constituer l'interne autour de la médecine EN et autour de cette vie de l'enfant autour du système scolaire. On se rend compte que les enfants sont plus souvent à l'école qu'à la maison avec leur parents et ce temps là et colossal.

Il y a eu quelques années où nos collègues faisaient de la formation médicale continue, pour se faire connaître mais aussi pour présenter les PAI, dans quelles conditions on peut avoir une adaptation aux sports scolaires les difficultés, c'était des groupes de pairs. « Il y avait des MG ? » Je n'y était pas... ! Je ne sais pas...mais ça peut être une démarche pour améliorer cette communication.

- **Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?** La connaissance mutuelle

- **Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants**

C'est un peu compliqué car pour la majorité des élèves ils vont bien... Il y a un moment où l'enfant voit son MG car il est malade et un grand moment où il ne le voit plus car il est en bonne santé... Il y a une perte de connaissance entre cet enfant qui va bien et pourtant...Sinon le carnet de santé est un bon mode de transmission quand même...après ça dépend des situations... c'est au cas par cas... c'est important de passer par la famille pour savoir ce qu'elle accepte de nous dire ou pas... j'ai du mal à imaginer une transmission plus importante dans la mesure où il ne faut quand même pas se leurrer on a une population d'enfant colossal on ne peut pas avoir connaissance de toutes les situations donc c'est

vraiment au cas par cas. Et c'est aussi du bon sens, on ne va pas voir son MG quand on va bien...il ne peut pas voir tout le monde.

Connaissance de la médecine générale ?

- **qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ?** Je pense qu'il y a la surveillance de la croissance staturo-pondérale mais pour beaucoup ils grandissent bien et ils ne vont pas forcément voir le médecin généraliste tous les ans, il y a le calendrier vaccinal, on sait aussi qu'il y a les aptitudes au sport. « Pour les maladies chroniques et handicap ? » Normalement c'est lui qui a en tête toutes les problématiques et toutes les rééducations possibles mais on voit bien notamment dans les maladies chroniques que ce n'est pas le médecin généraliste c'est un service hospitalier...il est aussi un peu exclu je pense... « Le PAI doit-il être fait par le MG s'il n'a pas été fait par l'hôpital ? » Je vois bien sa surcharge de travail... mais c'est lui qui normalement doit dire s'il y a besoin ou pas... « Remplir le dossier MDPH ? » Quand c'est un handicap moteur, visuel, auditif, je pense qu'il sera aussi mal à l'aise que moi pour le remplir, et c'est le service hospitalier, quand c'est troubles des apprentissages soit il est armé pour mesurer le décalage soit pas et pour le remplir et souvent il n'a pas ce temps que nous avons pour faire les test mais c'est important qu'il en soit informé puisque c'est lui qui prescrit.
- **quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ?** Dans ma tête ils ont la pression de la clientèle donc c'est variable selon chacun des médecins, mais pour moi je les considère comme surbookés et dans une demande de consommation de médicaments... « D'après vous ? » 15 min...je pense que pour les familles ce n'est pas le lieu de cette discussion, le dysfonctionnement scolaire n'est pas un élément péjoratif pour la santé de l'enfant alors que c'est une mauvaise santé de ne pas être bien à l'école et ce que nous essayons de faire comprendre aux familles
- **Comment percevez vous la médecine générale ?** cf question précédente
- **Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? (actuelle) quelle a été votre cursus ?** je suis une « vieille », à l'époque ce n'était pas l'internat pour tous, donc j'ai eu un stage interné et un stage de FFI et j'ai été médecin attaché dans un service de moyen séjour puis je me suis arrêtée pour laisser à mon mari la possibilité de s'installer comme MG, puis j'ai cherché un poste qui me permettait d'avoir une vie de famille...j'ai été médecin vacataire à l'EN mais qui me permettait de rester en poste à proximité du cabinet médical pour une vie familiale cohérente avec ma vision des choses et plus tardivement j'ai passé le concours à Rennes pour avoir une formation pointue pour laquelle je suis sous exploitée ce qui est dommage...

Actuellement il y a l'internat pour avoir le diplôme, en 3 ans voir 4 ans peut être l'année prochaine, avec validation du porte folio puis la thèse, j'ai été hier à la formation...alors ...

- **Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? que pensez vous de cette démarche ?** Oui trois, un quatrième cette année.

Elle est fondamentale. Il y eu un travail autour de l'accueil de ces internes on n'a pas comme but de créer des vocations mais c'est surtout pour mieux former ces MG au métier de MEN ou IEN, aux ressources à l'intérieur de l'établissement scolaires sur lesquelles ils pourraient s'appuyer et évaluer des situations...je ressens pour de nouveaux internes

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, on n'a plus le temps pour les voir, le problème étant notre disponibilité, on priorise les choses, alors que c'était un bon moyen de rentrer en relation avec le jeune
- tabac ou autres substance très régulièrement avec les ado sur l'aptitude aux travaux réglementés
- contraception peu
- bilan des 5-6 ans ? oui bien sûr c'est une des priorités académiques
- troubles du comportement, à la demande
- troubles des apprentissages à la demande
- gestion d'une maladie chronique au début d'année pour favoriser la scolarisation et permettre éventuellement qu'ils soient moins absents
- handicap

On a des difficultés avec les médecins qui font des certificats pour absentisme...

Les médecins généralistes sont aussi confrontés à la pression des parents pour les certificats de dispense de sport...et de la vision du professeur de sport comme non compatissant

Je serai intéressée par les réunions mais je ne suis pas présente et apte à la FMC du soir

Seriez vous intéressée par un nouveau support ? trop d'information noie l'information...ok pour une PEC ciblée sinon ça ne sert à rien...Il y a un manque mais après comment résoudre cette situation

ENTRETIEN MEN 3

22/11/2013

Caractéristiques du médecin

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE 2 collèges et 7,8 primaires et pareil en maternelle sur 2 jours par semaine

Passera bientôt au poste de responsable unité

ANCIENNETE

AGE 51 ans

BASSIN ENGHIEU

Durée de l'entretien : 35min 45s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- **Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?**

OUI, mais plutôt de 4 à 16 ans

- **Sont-ils scolarisés ?**

-OUI, certains sont scolarisés à temps partiel et d'autres en attente de scolarisation à la maison

- **Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ?** Essentiellement les hospitaliers, très peu de contact avec les généralistes ; sauf si c'est eux qui m'ont interpellée directement ou si c'est les parents qui font le lien mais c'est vrai qu'en général il y a peu de contact. « avec les paramédicaux ? » Oui bien sûr orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, infirmière un peu

- **Que représente cette communication dans votre pratique courante ?** Pour moi elle est primordiale, mais elle n'est pas suffisante, c'est à dire qu'il n'y en a pas assez, alors ça vient autant d'eux que de moi, parce que je pense que il y a un problème de disponibilité, on essaie de s'appeler mais on n'arrive pas à se joindre, à mon avis il y a un gros problème de communication, un gros besoin de communication

- **Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ?** En général, elle est bonne. Elle est parfois pour nous insuffisante, enfin il y a des choses qui sont repérées par l'école et pas par le médecin généraliste car nous n'avons pas le même regard sur l'enfant et on envisagerait des prises en charges qu'ils n'ont pas car le

médecin généraliste ne les a pas vues car tout ce qui est troubles des apprentissages on a un regard qui est différent ...Donc effectivement peut penser que ...on aimerait bien qu'il y ait des prises en charges autres... « Donc il y a des attentes...? »

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? [pluriel](#)
OUI
 - Comment l'avez vous connu ? Purement professionnel soit par échange téléphonique soit par courrier
 - Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?
OUI , elles sont accessibles, OUI en cas d'urgence qu' ils soient joignables à ce moment l...
 - Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?
Inexistante, enfin si il y a en a mais très peu...sauf maladie particulière et situation d'urgence. Pour les PAI c'est les hospitaliers, pour les cas lourds(diabète, drépanocytose...) sinon pour les autres situations j'ai une ordonnance et s'il y a problème je téléphone mais il n'y a jamais de contact dans le sens généraliste vers nous il y en a un peu plus de notre côté car il peut y avoir des PAI écrits et il faut qu'on le comprenne mais je n'ai jamais eu d'appel du généraliste je crois , même en amont d'une scolarisation pour prévenir de l'arrivée d'un enfant, les hospitaliers oui mais les généralistes jamais et je trouve ça très dommage...
Humaines : bonne /mauvaise
Professionnelles : bonne/mauvaise/
 - Communiquez vous avec lui (eux)?
 - Nombre de contact avec le MG : 1 fois par an
 - Comment ? Téléphone, courrier
 - La communication est-elle satisfaisante ? **Insuffisante** ?
 - Par quel support ? Le carnet de santé, oui mais ce n'est pas vraiment de la communication, quand on met « avis conseillé » ou « avis psychologique conseillé » par exemple, on ne sait pas ce qui sera fait derrière
 - Le support est-il adapté ? non
 - Le carnet de santé est-il utile ? **suffisant ou insuffisant** ?
C'est vrai qu'on pourrait envisager un document à l'intérieur qui puisse favoriser les échanges, ... après c'est un document qui appartient à la famille alors attention...surtout pour le suivi où chacun pourrait noter ce qui s'est passé pour l'enfant que ce soient les médecins comme les paramédicaux...
 - Notez vous dans le carnet de santé ? oui

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 5

- Est-il facilement joignable ? non, on a ses coordonnées mais c'est difficile en plein milieu d'une consultation de l'appeler pour lui parler d'un gamin alors qu'il est en train de faire autre chose...c'est peut être le téléphone qui bloque aussi , parfois ce n'est pas le bon jour, il n'est pas là
- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? Pour avoir plus d'éléments sur la pathologie ou ce qui a été mis en place, pour avoir un complément d'information. Après il y a les motifs d'urgence. Durée : moins de 5 min, parce que on n'arrive pas dans un moment où ils sont très disponibles donc voilà c'est vite fait...

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? N'en ont pas eu l'occasion ? Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG ? Manque de temps et de disponibilité ? Difficultés relationnelles ? Secret médical ?
Quand ça ne se fait pas c'est des pathologies où on est plus en lien avec les services hospitaliers et le généraliste n'apporte rien de plus ...cela dit on le « squize » à chaque fois car on va directement vers l'hospitalier...mais ce serait plus logique qu'on en parle d'abord à lui et que lui fasse ensuite le lien...mais c'est une façon de fonctionner qui ne marche pas...

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? non, c'est des 2 côtés... enfin, je pense que c'est à nous de dire qu'on est médecin scolaire de la ville après je ne sais même pas si je l'ai fait moi même...sous quelle forme, comment (téléphone, envoyer un papier...) je ne sais pas... sachant qu'ils ne savent pas ce qu'on fait... réunir les médecins et se présenter ? où est ce que c'est à eux de demander à la mairie et de faire eux aussi la démarche...? moi j'ai l'impression que c'est toujours dans le même sens...je ne sais pas s'ils savent qu'on existe et s'ils le savent, ce qu'on fait et qu'ils peuvent faire appel à nous pour mettre en place des choses, pour suivre des familles parce que je suppose que parfois ils ont des doutes (Est ce que la famille va suivre par exemple ?) nous on a des éléments à leur apporter car quand la famille revoit le médecin et qu'elle dit « à l'école tout va bien » alors qu'en fait ce n'est pas du tout ça ...c'est dommage

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? Complètement, il y a cet aspect là aussi que nous on peut voir des choses qui après sont suivies, on peut repérer des choses que eux ne vont pas repérer, et on peut éviter que eux fassent des choses et que ce soit refait derrière...pour la bonne prise en charge de l'enfant...mais aussi pour les parents, ils ne savent pas s'il y a du lien, parfois ils viennent nous voir et on voit dans le carnet de santé que l'enfant a été vu 2 jours avant par le MG donc ça fait voir un médecin 2 fois ...qu'est ce qu'on représente ? qu'est ce que représente le MG ? parfois ils ne savent même pas pourquoi ils viennent ils sont complètement perdus...on ne fait pas la même chose que le MG mais on complète...et nous on les renvoi vers le MG pour des vaccins ou autres et ils nous disent « mais vous ne pouvez pas le faire ? » donc il y a une méconnaissance des uns et des autres et si les parents savaient qu'on travaille ensemble ça devrait être rassurant et plus clair pour eux...quand on adresse à un spécialiste, on devrait d'abord passer par le MG qui les adresserait mais moi par

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 5

exemple je ne le fais pas... donc c'est compliqué car le souci est que les familles prennent rendez vous chez le spécialiste directement ou disent au MG qu'on leur a demandé de prendre RDV et il n'est pas au courant etc... donc il y a un problème...il y a sûrement du temps de perdu...

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ?

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? chaque médecin généraliste doit savoir qu'on existe donc qu'ils aient un nom, le nom du médecin qui s'occupe du secteur... éventuellement un petit document qui précise nos coordonnées, nos horaires, nos missions, pourquoi on peut nous joindre... Consacrer du temps avec FMC, des rencontres... Par le biais du carnet de santé qu'il y ait des éléments de suivi ou par un autre document, une sorte de fiche navette visible par tous les intervenants de la santé de l'enfant sans surcharger...ou alors par mail mais ça c'est compliqué
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? quand je suis arrivée, je voulais créer du lien et petit à petit comme tout le monde on est dans « nos trucs », on ne prend pas le temps, et on continue comme on a fait depuis le début...en réfléchissant à tout ça , je me rend compte qu'il y a dans ma carrière des choses que j'aurais dû faire et que je n'ai pas faites en disant par exemple aux MG tous les ans qui je suis et me présenter ...en même temps il n'y a jamais de retour donc c'est un peu décourageant...

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ?

Que chacun sache où est l'enfant ... Un enfant connu par le MG on doit savoir que cet enfant a des difficultés va arriver à l'école...c'est aussi aux parents de nous le dire donc faire passer les parents comme intermédiaire... Pouvoir savoir quand il arrive à l'école pour connaître ses problèmes et préparer en amont ou quand il est déjà sur l'établissement, anticiper, éviter que l'école soit complètement démunie car elle ne sait rien, on a quand même des parents qui arrivent en donnant le petit sac à l'enfant avec l'Anapen dedans...ça déstabilise l'école. Et les parents ne savent pas... ou alors ils arrivent avec un CR médical seulement et ça se prépare avant...le MG doit informer les parents qu'il y a un MEN ou IEN sur l'école pour gérer ça . Les données d'ordre familiales socio économique pas d'embellie, seulement s'il pense que certaines conditions peuvent interférer sur sa scolarité

aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Il voit l'enfant pour des pathologies aiguës, pour le PAI il est censé le faire, le dossier MDPH oui aussi si c'est une pathologie qui entraîne un handicap...si c'est que un retentissement au niveau scolaire, c'est nous, notre boulot...Après il y a comment parler aux familles...nous on peut assurer

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 5

derrière même si le MG ne sait pas bien...pourquoi pas un travail en commun... ?

- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? Je dirais 15 min
- Comment percevez vous la médecine générale ?
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? (actuelle) **quelle a été votre cursus ?** L'internat et en fonction de la place on choisit la médecine générale puis il y a 4 ans non 3 ans... Au cours de l'internat il y a un stage en ville...pour le reste je ne sais pas... (je lui explique)
J'ai eu un stage en ville et un hôpital j'ai ensuite remplacé, j'ai fait un DU de médecine du sport et médecin de sécu et je vois un article pour être MEN, j'ai fait la formation à Rennes
- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? que pensez vous de cette démarche ? Non...
C'est très bien !!!! C'est évident car on espère que ça permettra de faire connaître le métier et qu'il y ait des gens qui aient envie de venir voir...et surtout vous permettre à vous MG de savoir ce qu'on fait et vu la pénurie de médecins qu'il y a en ce moments, si on ne peut pas travailler ensemble et pouvoir se partager le travail...

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, non , très peu on n'a plus le temps
- tabac ou autres substance oui
- contraception oui
- bilan des 5-6 ans ? oui
- troubles du comportement, oui
- troubles des apprentissages oui
- gestion d'une maladie chronique oui
- handicap oui

Le plus c'est les troubles des apprentissages et comportement puis maladies chroniques le problème c'est que pour le reste c'est plutôt à la demande

Si la thèse peut amener aux MG qu'on peut améliorer mais aussi à nous, nos relations qu'on peut leur apporter des éléments, ça peut être intéressant, on peut être complémentaire pour la prescription d'orthophonie par exemple, nous on a été formé à la lecture d'un bilan orthophonique...pareil pour les vaccins, de pouvoir faire comme en PMI, de faire le vaccin directement...on peut améliorer le suivi des patients avec un meilleur travail entre les 2...parce qu'on est médecin généraliste à la base...

Thèse Laurène Corchia

Page 5 sur 5

ENTRETIEN MEN 4

25/11/13

Caractéristiques du médecin :

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE entre 20 et 30 au total

ZONE Beaumont, Beaumont sur oise , Nours et Nointelles Moisselles, Persan, Bernes , Bruyeres sur Oise et Ronquerolles

BASSIN PONTOISE

ANCIENNETE 5 ans

AGE 45 ANS

Durée de l'entretien : 33min 9s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ?
Moi je n'ai pas beaucoup de communication avec les médecins généralistes de mon secteur, j'ai essayé par téléphone quand c'était assez urgent, mais je n'ai jamais de réponse, il y a toujours la barrière de la secrétaire, qui prend notre numéro et personne ne nous rappelle jamais. Sinon, spécialistes pédiatres, médecin de rééducation fonctionnelle aussi, praticiens hospitaliers. « Vous diriez que c'est avec eux que vous communiquez le plus ? » Oui, par l'intermédiaire du compte rendu donné par la famille. Peu oralement...

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Avec les médecins spécialistes oui c'est primordial... « Vous spécifiez avec les spécialistes mais avec les autres ? » Pour la médecine générale, j'avoue que je les shunte un petit peu c'est vrai...disons que j'aurais pu avoir plus de relations avec les MG, mais ils ne veulent pas me répondre ils estiment que c'est à la famille de le faire. « Donc elle aurait pu être importante pour vous... » oui ca aurait été plus rapide... « Donc c'est à la base quelque chose qui compte pour vous ? » Oui tout à fait

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Dans l'ensemble je pense qu'ils sont bien pris en charge, on a tout ce qu'il faut psychologues, orthophonistes etc...et c'est plutôt bien développé...je dirais qu'il y a plus de problèmes dans le secteur de la pédopsychiatrie, on est confronté à un problème de moyen, par

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 5

rapport au nombre de pédopsychiatres, manque de place en CMP, CMPP , problèmes par rapport au secteur, au nombre de rééducateurs, et en ville les libéraux il y en a peu

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? **pluriel**

OUI, de nom car on a des certificats médicaux de leur part

- Comment l'avez vous connu ? Par courrier, toujours

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?

OUI

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?

Existante ? pour certains / Inexistante ? (Aller au NON)

Les seules que j'ai eues ont été mauvaises, le dernier en date que j'ai essayé de joindre m'a finalement appelée et n'a pas été aimable, me prenait vraiment pour une idiote...

Humaines : mauvais

Professionnelles : mauvaise , ce n'est pas satisfaisant

- Communiquez vous avec lui (eux) ?

-Nombre de contact avec le MG : après des échecs je limite du coup...et tout passe par les parents car c'est un petit peu les médecins qui nous amènent à faire comme ça car ils veulent que tout passe par les parents pour être sûrs qu'ils ne disent rien qui puisse trahir le secret médical ... 1 fois tous les 3 mois,

- Comment ? Parents, courrier, mail, parents

- La communication est-elle satisfaisante ? **Insuffisante** ?

- Par quel support ? carnet de santé mais je n'ai pas de

réponse...

- Le support est-il adapté ? non

- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou **insuffisant** ?

- Notez vous dans le carnet de santé ? oui

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ? Non car il y a toujours le frein de la secrétaire, elle ne me passe jamais le MG...je peux laisser un message... « et lui vous rappelle ? » non jamais...

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens ?) PAI, suivi, demande de complément d'information ou d'éclaircissements concernant la pathologie de leur enfant qui du coup ne m'aurait pas été bien expliquée ou formulée par les parents... et dans ces cas là c'est par écrit comme ça ils répondent ou ne répondent pas...

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 5

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? N'en ont pas eu l'occasion ? Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG ? Manque de temps et de disponibilité ? Difficultés relationnelles ? Secret médical ?
Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? C'est vrai que je ne suis jamais partie du principe qu'on se présentait ...en fait je ne me suis jamais posé la question...non ça doit être un échange, initié par un patient que l'on a en commun c'est comme ça qu'on fait connaissance

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? Oui, car ça rend la communication plus rapide...le fait de voir la personne rend les choses beaucoup plus facile pour répondre... « pour l'enfant ? » oui ça c'est sûr...!!!
« pour les familles » oui « pour alléger vos démarches ? » oui c'est vrai

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ? je n'y ai pas pensé avant mais je pense que c'est un métier qu'on ne connaît pas... l'« habitude » aussi, comme mes précédentes expériences se sont mal passées, j'ai tendances à rester sur mes positions ce qui est un tort...après aller voir tous les médecins généralistes du secteur me semble difficile par manque de temps...mais peut être qu'on en gagnerait après... autre frein la secrétaire...

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? En allant se rencontrer peut être...également un support par mail ce qui est très pratique mais je ne sais pas si c'est très courant avec le médecin généraliste contrairement aux spécialistes...je peux comprendre que quand on téléphone on ne tombe jamais au bon moment « oui mais comme à l'hôpital... » oui c'est vrai

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Que le médecin me rappelle...en fait qu'il y ait un échange

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? quand c'est pour comprendre l'histoire d'un enfant, c'est ses antécédents, ce qui a déjà été fait pour ne pas qu'on redemande les mêmes choses...ensuite, comme on s'occupe d'un autre aspect de l'enfant et qu'on ne fait pas d'examen purement somatique, nous on a plus d'information concernant le social, le contexte psychologique... « ça s'est ce que vous pourriez leur apporter ? » oui tout à fait

aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? il est censé avoir un suivi par rapport à ces maladies, être au courant de ce qui se passe avec les échanges avec les spécialistes, il doit être capable de renouveler les traitements et rééducation « savoir rédiger un PAI ? » je pense que c'est bien, mais que ce sont des documents qui changent souvent

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 5

qui sont très internes à l'EN et les pauvres médecins je ne vois pas comment ils pourraient avoir la formation en fait...

- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? je ne sais pas...je dirais 10 min -15 min

- Comment percevez vous la médecine générale ? Je pense que ce n'est pas un métier facile, effectivement je pense que gérer tout en 10 minutes un quart d'heure c'est impossible, on ne peut pas gérer en même temps les dimensions d'une famille etc...d'un autre côté, je trouve qu'il ne se posent pas beaucoup de questions en général sur l'enfant une fois sorti de leur cabinet mais ça c'est peut être complètement subjectif...c'est à dire que quand on veut communiquer avec eux ils ne veulent pas et je ne comprends pas pourquoi...j'ai l'impression quand même qu'il y a une méconnaissance de la médecine scolaire il y a le secret médical mais je me demande si pour eux on est médecin au même niveau qu'eux

- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? (actuelle) quelle a été votre cursus ? 8 ans maintenant je pense, il me semble que...en fait je ne me rappelle plus... il y a le concours de l'internat , on est ensuite classés par spécialités dont la médecine générale après pour l'internat je ne sais plus...la durée ?...

Avant d'être dans la médecine scolaire, j'ai eu fait des remplacements de médecine générale après je me suis arrêtée pendant 10 ans puis je suis rentrée comme vacataire puis MEN.

- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? que pensez vous de cette démarche ? Non.

Je trouve ça bien car ça peut aider à la compréhension des 2 côtés , et pour nos échanges futurs ça peut les améliorer.

Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?

- leurs questions (en fonction de l'âge) peu c'est au cours d'une consult

-dispense EPS, certificat aptitude sport, ca arrive

- tabac ou autres substance non

- contraception non

- bilan des 5-6 ans ? oui

- troubles du comportement, oui

- troubles des apprentissages oui

- gestion d'une maladie chronique oui

- handicap oui

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 5

Les 3 derniers+++ , c'est très dur car il y a beaucoup à gérer, et le personnel de l'école n'est à la base pas formé pour ça

J'ai pas autre chose à rajouter maintenant ça peut nous aider à nous poser des questions je trouve votre démarche pas mal du tout...

ENTRETIEN MEN 5

02/12/13

Caractéristiques du médecin :

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE un trentaine d'écoles primaires et maternelles, 3 collèges, un lycée

SECTEUR Eragny, Mery sur Oise, St Ouen l'Aumône

BASSIN ERGY

ANCIENNETE 23 ans titulaire depuis 22 ans

AGE 56 ans

Durée de l'entretien : 32min 51s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI voir 21-22 ans

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI car c'est ma porte d'entrée les autres je ne les vois pas

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Spontanément je dirais la pédopsychiatrie, certains services hospitaliers, spécialistes (ORL, ophtalmo...) et en derniers les généralistes

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est primordiale.

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? On pourrait améliorer largement les choses...

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? **pluriel**

OUI, de nom ça dépend ce que veut dire connaître !

- Comment l'avez vous connu ? De façon purement professionnelle

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?

OUI

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?

Peu existante, car elles ne sont pas systématiques
Humaines : bonnes

Professionnelles : c'est moyen j'ai l'impression qu'on ne se comprend pas forcément toujours, que le médecin scolaires n'est pas forcément bien connu du MG dans ce qu'il peut lui apporter et dans les échanges qu'on pourrait avoir...on peut améliorer les choses...

- Communiquez vous avec lui (eux) ?

-Nombre de contact avec le MG : 5-6 fois par an au total...

- Comment ? Plutôt par courrier, le plus souvent, par téléphone ça m'arrive

- La communication est-elle satisfaisante ? **Insuffisante** ?

- Par quel support ? courrier

- Le support est-il adapté ? **Non bien sûr**

- Le carnet de santé est-il utile ? **suffisant ou insuffisant** ? je le trouve souvent insuffisant, et ça s'accroît quand l'enfant grandit, parce que il y a souvent peu de choses qui y figurent au fur et à mesure qu'il grandit

- Notez vous dans le carnet de santé ? oui mais pas systématiquement, quand il y a des choses importantes je les note, pour des entretiens où les éléments sont beaucoup plus subjectifs je ne les note pas...

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ? Ça dépend lesquels !!! Quand c'est oui ça se passe bien, à l'inverse c'est parce qu'ils sont en consultation ou qu'ils ne rappellent pas

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens ?)

Autour d'un surpoids sinon pour les autres pathologies on envoie directement aux spécialistes (ORL, ophtalmo...) « qui vous répondent ? » ça dépend... !

« Les troubles des apprentissages aussi ou c'est vous qui faites ça de votre côté ? » Les quelques fois où j'ai essayé de le faire, j'ai l'impression que c'était pas dans leur pratique et dans leur problématique et que c'était peut être pas la peine de les surcharger...on pouvait nous même nous en charger ...
Les situations d'urgence...de prise en charge collective

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? N'en ont pas eu l'occasion ? Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG ? Manque de temps et de disponibilité ? Difficultés relationnelles ? Secret médical ?
Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? Physiquement oui mais quel investissement ! Ca me paraît compliqué vu le nombre !!

Je pense à certains travail qu'on fait avec secteur hospitalier par exemple avec le service de pédiatrie que nous avons rencontré ou d'avoir des interventions de leur part ou sur des thématiques précises...du coup on a l'impression que la communication passe mieux car on s'est rencontré, idem avec la pédopsychiatrie ou ses institutions que nous avons plus l'habitude de rencontrer et là ça développe plus la connaissance des uns et des autres, les échanges de mail, ...donc ça pourrait être quelque chose à imaginer, quelque chose autour de la formation continue du médecin généraliste...alors peut être que c'est à nous de nous présenter autour d'un lieu où ils ont l'habitude de se retrouver

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? oui pour améliorer la prise en charge de l'enfant...je pense surtout aux problèmes d'IMC et obésité ou je pense qu'il y aurait un intérêt à travailler ensemble... on n'est pas toujours en phase autour de ça...

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ? Le MG peut être en consultation...

J'ai parfois l'impression qu'on a 2 métiers différents et qu'on n'est pas forcément sur les mêmes problématiques, parois l'échange n'apporterait pas grand chose pour la prise en charge de l'enfant.

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Mieux faire connaître le rôle du médecin scolaire et leur faire connaître nos missions, pour qu'ils aient une idée plus claire de ce en quoi on pourrait les aider dans la prise en charge de certains enfants...nous on a une représentation très claire du métier de médecin généraliste ce qui n'est pas vrai dans l'autre sens. Donc faire un travail d'information pour leur permettre de faire appel à nous sur certaines situations alors qu'ils ne pensent pas forcément à nous.

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? oui améliorer la prise en charge de l'enfant et si on est plusieurs autour dans la complémentarité c'est plus facile chacun peut avoir une porte d'entrée différente... il faudrait élargir le réseau, améliorer et travailler la complémentarité des rôles

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Il n'y a pas grand chose dans le carnet de santé sur les pathologies chroniques...

Après ça dépend de la situation...les antécédents médicaux, la situation familiale dans certains ca oui dans d'autres non

aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? un examen médical complet régulièrement, faire le lien avec tous les intervenants de la prise en charge de l'enfant (services hospitaliers etc...),

intégrer la dimension scolarité en posant des questions à la famille (les difficultés scolaires doivent être prises en compte dans le cadre de la pathologie chronique de l'enfant des questions qu'il ne pensera pas forcément à poser et que la famille ne va pas penser à dire au MG et qui peut parfois cacher une grande souffrance) , parler de l'orientation à la famille en fonction de sa pathologie, faire les PAI

- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 15 min je pense
 - Comment percevez vous la médecine générale ? Je la sens en difficulté, on a l'impression qu'il y a un manque surtout quand des familles doivent en changer pour déménagement ou autre...elles n'en trouvent pas...
 - Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? (actuelle) quelle a été votre cursus ? il y a l'externat de 6 ans le concours de l'internat et après il y a trois années d'externat et la thèse. Je pense que cette formation n'a pas de comparaison avec celle qui existait avant, c'est une formation pour le médecin généraliste et c'est mieux je pense ?
- Moi j'ai fait 6 années à la fac et une année de stage internée en hôpital, puis quelques remplacements, quelques années en PMI puis médecine scolaire.
- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? que pensez vous de cette démarche ? 3. Je trouve que c'est prenant et extrêmement intéressant...

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, oui
- tabac ou autres substance oui
- contraception oui
- bilan des 5-6 ans ? oui pas majoritairement
- troubles du comportement, oui
- troubles des apprentissages oui c'est un gros pôle
- gestion d'une maladie chronique ce n'est pas le plus gros
- handicap un gros pôle aussi

ENTRETIEN MEN 6

09/01/14

Caractéristiques du médecin :

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE une trentaine

ANCIENNETE 8 ans

Fait partie de l'association des pédiatres de Mantes

ZONE Rural

BASSIN CERGY

AGE 50 ANS

Durée de l'entretien : 22min 26s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI, certains sont à temps partiel

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? plus les hospitaliers, si c'est des enfants diabétiques, c'est avec le diabétologue qui le suit sur l'hôpital, allergologues pour les allergies alimentaires, centres de référence du langage, CMP de Cergy le Haut... « Le médecin généraliste ? » Non, je n'ai souvent pas de retour

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Importante

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Il pourrait y avoir des améliorations...après ça dépend des familles...On essaie de travailler avec la famille en ce sens...

L'accès au soin est difficile chez nous pour ceux qui n'en ont pas les moyens et qui ne sont pas véhiculés ou peu, ou qui présentent déjà des difficultés dans la prise en charge...car nous sommes assez retirés...il y a essentiellement des enfants dont les parents sont issus de l'activité agricole et ceux en difficulté économique et sociale

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? **pluriel**

OUI

- Comment l'avez vous connu ? Par le nom inscrit sur la fiche d'information de l'enfant donnée en début d'année. « Par courrier ? » Pas par courrier non

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?

OUI

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?

Existante ? pauvre / Inexistante ? oui sauf en cas de contextes médicaux précis...

Humaines : bonne /mauvaise

Professionnelles : bonne/mauvaise/

Pour moi c'est très unilatéral, pour eux je pense que je n'existe pas...

- Communiquez vous avec lui (eux) ?

-Nombre de contact avec le MG : 1 fois par mois

- Comment ? Téléphone, oui c'est moi qui les appelle

- La communication est-elle satisfaisante? **Insuffisante** ?

Mais j'ai l'impression qu'on ne fait pas le même métier, eux ils sont prescripteur, nous on ne l'est pas...nous on est dans la prévention et eux dans le curatif...Donc j'ai l'impression qu'on travaille côte à côte...

- Par quel support ? Carnet de santé, téléphone, avis scoliose par exemple) mais là je n'ai pas de retour... après on fait souvent des avis aux spécialistes qui nous répondent

- Le support est-il adapté ? Oui s'il est bien rempli

- Le carnet de santé est-il utile ? Oui, c'est déjà un bon support s'il est suffisamment rempli

- Notez vous dans le carnet de santé ? Oui systématiquement quand je vois un enfant, quand je fais un bilan...

- Est-il facilement joignable ? S'il n'est pas joignable je laisse mes coordonnées de portable à la secrétaire mais une fois sur deux je ne suis pas rappelée... Si oui ou non précisez pourquoi ?

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? Oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens ?) Une inquiétude médicale, pour laquelle j'ai souvent fait au préalable un courrier...Ces souvent des problèmes de mauvais suivi par les parents...c'est pour l'informer...durée courte

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ?

N'en ont pas eu l'occasion ?

Il ne fait pas partie de ses correspondants ?

Méconnaissance du MG de nos fonctions, à quoi on sert, et on n'a pas toujours le temps et l'envie d'expliquer à chaque fois et des raisons pour lesquelles ils peuvent nous envoyer les enfants...

Manque de temps et de disponibilité ? Oui certainement

Difficultés relationnelles ? Ca m'est arrivé oui

Secret médical ? Non

Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? C'était peut être à moi de me présenter quand je suis arrivée sur le secteur...ce que j'ai fait avec les paramédicaux et pas avec les médecins...

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pas plus que ça car on ne travaille pas avec les mêmes enfants...Quand je vois un ado au collège je peux prendre une demi heure ¾ d'heure pour l'écouter ce que le médecin généraliste ne fait pas ou rarement...J'ai l'impression qu'ils manquent de temps d'écoute surtout pour les ados Ceci dit je pense que nous sommes complémentaires...Après ils ne sont pas sensibilisés aux troubles des apprentissages.

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ? Le manque de reconnaissance de la médecine scolaire par la médecine en générale

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Tout ce qui peut être amélioré est bénéfique, mieux communiquer c'est bien...il faudrait le faire

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Certains parents sont parfois venus en réunion d'EES avec leur pédiatre et j'ai trouvé ça très bien parce que j'ai beaucoup appris à ce pédiatre...elle est venue pour apprendre...je trouvais que c'était intéressant pour échanger...En tout et pour tout j'ai dû avoir 2 médecins généralistes qui sont venus...Ce serait un plus pour l'enfant si le médecin faisait ce genre de réunion de temps en temps parce qu'on aurait le même discours...

Il faudrait qu'il soit plus sensibilisé aux plus grands enfants, problèmes de comportements par exemple et savoir nous les orienter...car nous on sait faire des tests et des choses pour faire des adaptations au sein de l'école

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Les médecins devraient être remplis par le MT plutôt que par les parents car si on avait de vrais renseignements ça nous aiderait à avancer. Par exemple j'ai eu un enfant qui a été opéré d'une cataracte très tard et ce n'était noté nulle part, les parents pensant que c'était guéri sauf que cet enfant était quasiment aveugle...J'ai retrouvé l'information dans le carnet de santé mais si j'avais eu un contact avec le MT, je pense qu'on aurait pas galéré à partir sur de traits autistiques ou autre...Une fiche médicale d'échange entre MT et MEN, ce serait bien pour éviter de se retrouver dans ce genre de situation et d'avoir l'information plus vite...pour éviter la perte de temps car parfois on est pas du tout efficace...

aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Le suivi de l'enfant, PAI simples car les complexes on les rédige avec les hospitaliers...
- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 15 min
- Comment percevez vous la médecine générale ? bonne pour les petits, mais il faudrait avoir des visites obligatoires en médecine générale ce serait nécessaire
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? oui elle me décrit bien
- (actuelle) quelle a été votre cursus ? j'ai passé la formation de médecine générale 6 ans et un an d'internat
- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? Non
- que pensez vous de cette démarche ? Très bien, c'est une ouverture je pense...

Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport,
- tabac ou autres substance : alcool plus, cannabis
- contraception oui
- bilan des 5-6 ans ? oui
- troubles du comportement,
- troubles des apprentissages
- gestion d'une maladie chronique
- handicap c'est ce qui prend la majorité de mon temps (50%)

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 4

Entretien MEN 7

03/03/14

Caractéristiques du médecin :

AGE 51 ans

SECTEURS l'Isle Adam parmain meriel

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE 3 Collèges, 40 maternelles

ANCIENNETE 12 ans depuis les vacances, 7 ans titulaire

Durée de l'entretien : 42min 10s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Les hospitaliers la plupart du temps plutôt qu'avec des médecins de ville...et quand c'est en ville le généraliste du secteur, et le pédiatre... Après il faut pleurer pour les retours surtout depuis que les comptes rendus doivent passer entre les mains des parents...c'est exceptionnellement eux qui m'appellent après j'ai plus d'affinité avec certains et ça se passe mieux en général...il y a en a qui ne rappellent pas c'est rare mais ça arrive...et puis et l'hôpital les référents changent souvent

- Que représente cette communication dans votre pratique courante ? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Importante dans le principe mais comme c'est pas fait il faut faire sans...!

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Je pense qu'elle est correcte

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? [pluriel](#)

OUI:

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 4

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, j'ai remplacé autrefois pas mal de médecins du secteur, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire, courrier,

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?

OUI

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?

Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (Aller au NON)

Humaines : bonne /mauvaise

Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui (eux) ?

- Nombre de contact avec le MG : 1 fois par mois, 1 fois tous les 2 à 3 mois grosso modo, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an

- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante

- Par quel support ?

- Le support est-il adapté ? Non

- Le carnet de santé est-il utile ? Non car j'ai l'impression que personne n'écrit rien dedans, et du coup il devient insuffisant en effet ...ce qui sert c'est les 2 premières pages et puis après on ne retrouve rien

- Notez vous dans le carnet de santé ? Oui

- Est-il facilement joignable ? Oui mais j'ai l'impression que me rappeler ou rentrer en contact avec moi ne rentrent pas dans ses priorités...il pourrait me dire pourquoi il me demande certaines choses pour un enfant ce serait bien

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? Oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (Durée de ces entretiens ?) La dernière fois c'était pour savoir s'il connaissait un enfant qui avait subi des violences et un autre car les parents avaient demandé une aide de la MDPH et je voulais savoir pourquoi et connaître un peu mieux la situation...Donc pour éclaircir certaines situations...Quand on rentre en contact l'entretien peut durer longtemps après !

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? Oui souvent je suis autonome sur certaines situations

N'en ont pas eu l'occasion ? Non

Il ne fait pas partie de ses correspondants ?

Méconnaissance du MG ? Oui mais plutôt la méconnaissance de la médecine scolaire, ils ne savent pas bien ce qu'on fait

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 4

Manque de temps et de disponibilité ? Oui clairement je vois bien qu'ils sont surchargés contrairement à nous en effet du fait de nos horaires moins contraignants

Difficultés relationnelles ?

Secret médical ? oui ça peut l'être

Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? Je pense que ce serait plus logique que ce soit l'institution qui fasse le premier pas mais après il y a un problème de moyens : j'ai un ordinateur fourni par l'éducation nationale mais qui est bridé de toutes part, pour avoir une clé USB c'est la croix et la bannière, je n'ai pas de timbre, je paie mon forfait de téléphone professionnel moi même...donc l'EN c'est une structure dans laquelle on a rien...on ne peut même pas avoir de cartes de visite à moins de se les faire soi même...personne ne m'alloue un budget particulier sinon il faut que ça vienne de moi ...les gens ne savent pas ça et on passe pour des personnes mal élevées

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Oui ce serait intéressant ...

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ? Problèmes d'horaires et d'emploi du temps...moi j'aime bien le mail mais j'ai l'impression que ce n'est pas très répondu chez le MG ; je n'ai pas de moyens assez importants pas de timbre donc pour les courriers ça pose problème...Il y a aussi un problème de suivi quand les MEN son mutés et du coup les MG peuvent penser qu'on n'est pas très fiables ...surtout que certains secteurs sont dépourvus de MEN...du coup les mairies ne veulent pas forcément s'endetter si elle ne sont pas sûres de l'investissement...!

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Organiser des réunions pour se connaître

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? J'aimerais bien qu'ils m'appellent lorsqu'il y a un cas particulier, qu'ils me sollicitent plus que ce soit pour les examen ou le bien être à l'école, la prise de médicaments etc...

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? eux devraient nous communiquer certaines informations plus importantes que les notre car nous on voit les enfants moins souvent et on ne les voit pas tous...et en plus je ne peux pas convoquer l'enfant sans l'accord des parents sans l'accord des parents

aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Faire le diagnostic, PAI, traitement
- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? Ca dépend de l'âge, plus c'est petit plus ça dure...Je dirai 15-20 min

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 4

- Comment percevez vous la médecine générale ? Un peu en perdition, ils ont trop de demandes, ils sont surchargés, je les vois accablés par des problèmes administratifs plutôt que par les soins en eux même
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? (actuelle) Je crois qu'il y a 2 ans d'internat et la thèse c'est ça non ?
- quelle a été votre cursus ? J'ai fait 2 ans d'internat puis ma thèse et remplacements en ville, un poste de vacataire et un an pour être MEN
- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? Non, mais j'en ai entendu parler j'ai postulé mais je n'ai pas encore fait la formation... que pensez vous de cette démarche ? Je suis très partante et je veux bien avoir quelqu'un avec moi c'est intéressant

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, non beaucoup moins maintenant
- tabac ou autres substance non
- contraception non
- bilan des 5-6 ans ? non
- troubles du comportement,
- troubles des apprentissages oui c'est l'essentiel
- gestion d'une maladie chronique
- handicap en 2° plan

Il y a beaucoup de généralistes qui pensent qu'on les « glandus » de service...!

Je pense que si je n'avais pas fait de remplacements les relations auraient été tout à fait différentes ça c'est sûr...!

C'est vrai que pour les PAI qu'on fait pour les troubles des apprentissages ou les TADA on fait signer par l'orthophoniste, le neuropédiatre... finalement on fait signer le MG pour l'asthme et puis voilà... la migraine à la rigueur et convulsion hyperthermique... je reconnais qu'ils ne sont pas beaucoup intégrés par moi ... On invite souvent le spécialiste de référence type psychiatre et notamment ceux du CMPPP, orthophoniste ergothérapeute aux réunions... et c'est vrai qu'on « squizze » un peu le MG... on doit leur paraître en dilettante si on leur demande que des PAI asthme... !!!

Après il y a des parents qui sont dans le déni, d'autres dans le nomadisme médical, d'autres qui veulent absolument que leur enfant soit reconnu à la MDPH, certains font de la rétention... mais c'est vrai qu'en général les attitudes des parents sont reconnues et identifiées, ressenties par le MG mais ils n'ont souvent pas assez d'éléments en effet pour argumenter... on en revient donc au même point

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 4

ENTRETIEN MEN 8

05/03/14

Caractéristiques du médecin :

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE 3 lycées, 3 collèges et les écoles environnantes... une trentaines d'établissement au total

ANCIENNETE 5 ans contractuelle, actuellement en cours de titularisation

AGE 43 ans

BASSIN : ENGHIEU

Contractuelle, en cours de titularisation

Durée de l'entretien : 49min 03s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

- OUI

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Les médecins généralistes et les spécialistes... hospitaliers ou libéraux peu importe de façon générale avec tous les praticiens qui sont en rapport avec l'enfant... le médecin scolaire de l'école d'où l'enfant vient s'il y a changement d'établissement...

- Que représente cette communication dans votre pratique courante? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est primordiale, c'est systématique dans ma pratique.

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Je pense que si nous médecin scolaire faisons la démarche d'appeler en général on a du retour... ce qu'il ne faut pas faire je pense c'est d'attendre que nos confrères nous appellent car nous ne sommes pas dans la même dynamique, ils n'ont pas forcément la connaissance de notre travail... on nous amalgame aux infirmières scolaires... c'est à nous de nous faire connaître... quand j'appelle ça se passe très bien... je pense que c'est nous de faire le moteur...

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 5

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? **pluriel**
- OUI,
- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire, par les parents surtout et par le biais d'ordonnance, courrier,
- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ? OUI / OUI
- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?
Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (Aller au NON)
Humaines : **bonne** / mauvaise
Professionnelles : **bonne** / mauvaise / globalement
- Communiquez vous avec lui (eux) ?
- Nombre de contact avec le MG : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an ? : 1 fois par mois j'ai un médecin généraliste au téléphone... après par patient ça peut être beaucoup plus fréquent en fonction des soucis rencontrés. C'est rarement pour le PAI, pour les maladies chroniques j'ai plus souvent affaire au spécialiste plutôt qu'au généraliste... après c'est surtout pour des enfants qui n'ont pas de diagnostic très clair ou des situations difficiles
- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...
- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ? Je n'ai pas de plainte particulière... C'est moi qui appelle la plupart du temps mais ça ne me dérange pas... je rappelle aussi... Elle est satisfaisante dans l'objectif simple de rentrer en communication après il y certainement des choses à développer, imaginer autrement en fonction de chaque professionnel... je ne sais pas si les médecins généralistes ont suffisamment de temps pour rencontrer les médecins scolaires, le lien téléphonique est en effet celui qui convient le mieux... il serait bien de faire de l'information sur notre métier ce qu'on peut faire pour les aider, dans certaines situations... pour agir sur la scolarité de certains enfants... on pourrait agir sur les pédiatres aussi, c'est avec eux que je travaille le plus dans le secteur
- Par quel support ?
- Le support est-il adapté ? j'ai quelques infos parfois mais c'est vrai que pour les maladies chroniques on a rien... il faut les compte rendu... alors pour le handicap il n'y a rien
- Le carnet de santé est-il utile ? Suffisant ou insuffisant ? Ce n'est pas l'idéal comme je vous dis... après certains parents ne veulent pas trop que je note certaines informations

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 5

- Notez vous dans le carnet de santé ? Oui, systématiquement

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ? ça dépend mais au global ça se passe bien

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens) ? 10 minutes environ... on éclaire certaines situations, on parle aussi des failles car souvent on n'a pas cet aspect là... il me faut donner quelques informations d'abord pour mettre le médecin généraliste à l'aise et dans de bonnes dispositions pour communiquer... si je ne lui dis rien je n'aurai rien non plus...

- si NON : POURQUOI ? / Quand ça ne se fait pas, quel est votre avis ? N'en ont pas eu besoin ? N'en ont pas eu l'occasion ? Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG ? Manque de temps et de disponibilité ? Difficultés relationnelles ? Secret médical ?

Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? Il y a toujours un intérêt à créer du lien, c'est intéressant pour les enfants et les parents... pour le côté psychiatrique, certains CMPP sont preneurs de ce qu'on dit sans avoir quelque chose en retour... ce que je peux comprendre, il y a plusieurs écoles de psychologies... mais le point de vue médecine scolaire est toujours intéressant pour eux, ils sont toujours preneurs... mais on n'est pas obligé de tout savoir... cela reste des informations importantes... c'est le secret médical partagé... Bien sûr quand le secret médical est partagé, les parents on leur accord... La méconnaissance de la médecine scolaire est certes un frein pour rentrer en lien avec nous... Je pense que nous avons une palette d'action dans la médecine scolaire mais c'est vrai qu'à l'éducation nationale il y a certaines missions à accomplir... et malgré tout on peut toujours trouver des solutions, notamment pour envoyer des courriers Je pense que chacun a le temps, il faut l'investir...

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? cf paraperaph ci dessus

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ?

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Des réunions... j'ai essayé de changer le mode de rédaction des certificats médicaux mais ça n'a pas fonctionné... encore faut il qu'il soit intéressé par l'adolescent ou l'enfant... la rencontre de visu est peut être plus judicieuse

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Qu'ils me rappellent ou

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Le cadre familial et le dossier médical... Ensuite, surtout chez les tout petits,

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 5

maternelle primaire, on apporte beaucoup aux parents notre regard qui est différent car on alerte plus rapidement du fait de voir plus d'enfants, on est complémentaires... ceci dit il y a aussi le déni des parents, et l'étape de l'acceptation des parents

aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? faire du lien avec le scolaire car l'enfant est à la maison et à l'école...faire le lien avec les spécialistes aussi...
- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? ça dépend je pense...20 minutes je pense
- Comment percevez vous la médecine générale ? Il y a certains médecins qui expédient ça c'est sûr comme d'autres prennent le temps...S'il prend le temps, s'il n'y a pas le coté financier, il a beaucoup de possibilités notamment pour communiquer...c'est notre cas on a le temps et l'espace...c'est pour ça que j'ai arrêté la médecine générale d'ailleurs...dans la médecine on ne peut pas faire que dans la production...on peut être malade et être à l'école...les conditions de travail du médecin généraliste ne sont pas enviables à mon sens
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? [actuelle] Externat puis concours puis internat de 2 ans ½ ...non ? J'explique... quel a été votre cursus ? J'ai fait la médecine générale puis 2 ans de remplacement puis du journalisme médical...je me suis arrêtée...puis je suis rentrée en médecine scolaire d'abord en tant que contractuelle pendant 5 ans et là je suis en cours de titularisation
- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? J'ai des confrères qui en ont eu...que pensez vous de cette démarche ? C'est très bien...mais c'est vrai que c'est un moyen pour l'Education Nationale de recruter... Il serait bien qu'un pédiatre et nous présentions la discipline dans les enseignements de médecine à la fac

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, pas systématique
- tabac ou autres substance j'aborde le sujet mais pas de suivi
- contraception oui en entretien
- bilan des 5-6 ans ? oui, je convoque aussi certains élèves « limite »
- troubles du comportement,

- troubles des apprentissages oui bien sûr
- gestion d'une maladie chronique
- handicap oui beaucoup en début d'année mais ce n'est pas le plus gros

ENTRETIEN MEN 9

07/03/14

Caractéristiques du médecin :

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE une vingtaine

ANCIENNETE Février 2000 en médecine scolaire et contractuelle depuis - a travaillé 10 ans en tant qu'attaché aux urgences pédiatriques, 6 ans en centre de santé, remplaçant depuis 10 ans

SECTEUR Villiers le Bel en médecine scolaire, un remplacement de médecine générale à Franconville 1 journée par semaine et 1 samedi sur 2, et 3 demi journées en centre de santé dans le 93

AGE 50 ans

Durée de l'entretien : 42min 22s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

- OUI

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Le médecin généraliste, les médecins hospitaliers, les pédopsychiatres, CMPP

- Que représente cette communication dans votre pratique courante ? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Elle est primordiale pour prendre en charge au mieux les enfants

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Dans mon secteur, c'est très compliqué de convaincre les parents de consulter...donc la prise en charge n'est pas comme on le voudrait...il y a la barrière de la langue également qui complique aussi...quand on passe toutes ces barrières, il faut aussi que es familles puissent se rendre disponibles...l'avantage que j'ai ici est que je connais bien les familles car je vois les enfants de fratrie que je connais etc...

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? oui pluriel

- si OUI:

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire, **courrier**,

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ? oui, j'essaie de les déranger le moins possible je le fais par téléphone ou courrier

Si OUI poursuivre/ si NON aller au NON initial

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ?
Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (Aller au NON)

Humaines : bonne /mauvaise
Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui (eux) ?

- Nombre de contact avec le MG : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an ca dépend des pathologie...pour les diabétique ou drépano c'est l'hôpital...pour certains je n'appelle pas car par de problème...je dirais 2 fois par mois

- Comment ? Téléphone, courrier, mail, parents, entrevue...

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ? A partir du moment où on a besoin d'établir le lien ça se passe bien...mais j'essaie de ne pas trop les solliciter car je sais que ce n'est pas toujours évident

- Par quel support ? Carnet de santé

- Le support est-il adapté ? Quand j'ai des choses très précises à demander, c'est par courrier fermé donc quand j'arrive aux limites du carnet de santé c'est ce que je fais la plupart du temps

- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?

- Notez vous dans le carnet de santé ?

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ? oui

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ?

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens ?) Avoir des précisions sur un dossier, avoir des nouvelles d'un enfant ou des retours d'une consultation, résoudre certains problèmes. Pour la durée c'est très bref.

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? N'en ont pas eu l'occasion ? Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG ? Manque de temps et de disponibilité ? Difficultés relationnelles ? Secret médical ?

Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? Non pas forcément...un petit courrier du MEN me semble plus judicieux...et puis des rencontres organisées aussi...

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? Il est vrai que j'ai peu affaire à eux mais c'est évident qu'il y a un intérêt à développer nos relations surtout pour l'enfant...l'enfant a une vie à l'école, dans sa famille, il faut tout intégrer

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ? Il n'y a pas de besoin... le manque de temps et de disponibilité oui bien sûr car quand le téléphone sonne sans arrêt avec une salle d'attente pleine à craquer c'est difficile en cabinet de répondre correctement à toutes les demandes...du point de vue MEN j'ai plus de temps c'est clair...La méconnaissance de la médecine scolaire est une raison évidente oui...quand on est généraliste on ne sait pas du tout à quoi sert le médecin scolaire... et puis je me vois mal demander à un confrère de faire ceci ou cela

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Je ne me suis jamais vraiment posé la question...peut être des rencontres ponctuelles c'est beaucoup plus facile quand on pose un visage sur un nom

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Pas particulièrement...Je pense que c'est lié au fait que j'ai les 2 casquettes...je réponds moi même à mes propres attentes

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Pour les maladies chroniques, il y a des choses liées à une prescription qui ne sont pas faites correctement à l'école il serait bon que le médecin soit au courant...dans l'autre sens, il faudrait qu'il n'hésitent pas à nous dire ce qu'il faut mettre en place absolument, et le côté familial bien sûr me semble des informations que le médecin généraliste connaît bien

aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Pour moi, il doit s'assurer des ordonnances, de cosigner le PAI et vérifier son application, faire les bilans
- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 15-20 minutes
- Comment percevez vous la médecine générale ? Je trouve que c'est de plus en plus compliqué, le MG est de plus en plus sollicité, il y a de plus en plus de malades, de problématiques notamment sociales qui sont en fait plus lourds à gérer que quand j'ai commencé à pratiquer par exemple

- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? (actuelle) quelle a été votre cursus ? J'ai été interne de MG pendant 2 ans et j'ai été attaché aux urgences pendant 10 ans
- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? que pensez vous de cette démarche ? Non .C'est bien car cela permet aux futurs généralistes de savoir comment ça se passe de notre côté...

- Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?

- leurs questions (en fonction de l'âge)

-dispense EPS, certificat aptitude sport, oui

- tabac ou autres substance oui

- contraception oui

- bilan des 5-6 ans ? c'est désormais compliqué de tous les voir...car on est de moins en moins nombreuses...on voit du coup les enfants qui ont des problèmes

- troubles du comportement, oui et de plus en plus...les services de soins en aval sont saturés et c'est un réel problème

- troubles des apprentissages oui et pareil pour faire un bilan il y a beaucoup d'attente notamment en orthophonie...il y a certaines structures qui sont là mais elles sont peu nombreuses...il y a un manque de personnel de santé certes

- gestion d'une maladie chronique

- handicap oui

C'est vrai que le seul problème en médecine scolaire c'est de ne pas prescrire et le regard des autres médecins est particulier et puis les parents ne comprennent pas pourquoi on ne peut pas le faire...

ENTRETIEN MEN 10

11/03/2014

Caractéristiques du médecin :

NOMBRE D'ECOLE EN CHARGE une vingtaine

ANCIENNETE 10 ans

AGE 43 ans

BASSIN Enghien

Durée de l'entretien : 47min 47s

Communication du médecin avec ses confrères pour la prise en charge des enfants

- Avez vous parmi des jeunes patients dont l'âge est compris entre 3 et 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap ?

OUI

- Sont-ils scolarisés ?

-OUI

- Avec quel confrère communiquez vous pour la prise en charge des jeunes patients ? Pour les PAI je ne communique pas vraiment sauf pour les cas compliqués donc avec les spécialistes plutôt hospitaliers...peu avec le médecin généraliste

- Que représente cette communication dans votre pratique courante ? Est-elle primordiale, importante, relativement importante, peu importante ? Importante notamment pour les enfants qui ont des pathologies compliquées et pour les familles qui ont du mal à tout comprendre

- Quel est votre sentiment concernant la prise en charge de ces patients ? Les grosses pathologies sont globalement bien prises en charge malgré le fait qu'il y ait une errance à certains moments ...après la prise en charge est parfois surmédicalisée

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire

- Connaissez vous un (des) MG ? un (des) MG de votre ville ? pluriel

OUI:

- Comment l'avez vous connu ? Personnelle, Connaissance, réunion professionnelle, par un intermédiaire, courrier,

- Connaissez vous ses (leurs) coordonnées ? Savez vous où le (les) joindre ?

OUI poursuivre/ si NON aller au NON initial

- Quelles relations entretenez vous avec lui (eux) ? Existante ? (poursuivre) / Inexistante ? (Aller au NON) pour la majorité des cas

Humaines : bonne /mauvaise
Professionnelles : bonne/mauvaise/

- Communiquez vous avec lui (eux) ?

-Nombre de contact avec le MG : 1 fois par mois, 1 fois tous les 3 mois, 1 fois tous les 6 mois, 1 fois par an et ca peut être plus ou moins espacé en fonction des cas

- Comment ? Téléphone, courrier jamais car je n'ai pas de retour c'est plus un courrier à sens unique je n'attend pas forcément de réponse, mail plus avec les spécialistes, parents, entrevue...

- La communication est-elle satisfaisante ? Insuffisante ?

- Par quel support ?

- Le support est-il adapté ? le carnet de santé sert

ponctuellement tout n'est pas indiqué car il se ballade dans trop de mains...c'est pas son rôle...que pensez vous d'un support à onglet pour chaque intervenant ? un nouveau support serait intéressant mais je ne pense pas que je puisse y apporter quelque chose mais c'est vrai que ce serait un bon résumé...les parents devraient choisir à qui il serait montré

- Le carnet de santé est-il utile ? suffisant ou insuffisant ?

- Notez vous dans le carnet de santé ? oui

- Est-il facilement joignable ? Si oui ou non précisez pourquoi ? oui

- En cas d'urgence savez vous où le joindre ? oui

- Quels sont les motifs de vos entretiens ? (durée de ces entretiens ?) 15 minutes, surtout pour les maladies contagieuses

- si NON : POURQUOI ?

N'en ont pas eu besoin ? oui surtout pour les PAI asthme c'est basique N'en ont pas eu l'occasion ? oui Il ne fait pas partie de ses correspondants ? Méconnaissance du MG/MEN ? oui je pense surtout dans le sens MG/MEN je pense qu'ils ne savent pas trop à quoi on peut leur servir Manque de temps et de disponibilité ? non pour moi mais peut être plus pour eux...après chacun peut mettre le temps là où il le veut ...s'ils ne le font pas c'est qu'ils n'ont pas le besoin ou alors ils ne nous connaissent pas Difficultés relationnelles ? Secret médical ? non

Pensez vous que c'est au MG de se présenter ? Des 2 côtés pas seulement dans un sens, par un petit courrier oui... nous ne sommes pas dans les pages jaunes donc peut être que ce serait bien que le MEN le fasse

- Pensez vous que c'est au MG de se présenter ?

- Trouvez vous un intérêt à développer vos relations ? Pourquoi ? Je ne sais pas ... Dans le champ du handicap, les enfants sont hyper suivis... je me sens utile tout au début pour la découverte et l'annonce et très peu après... Pour moi le médecin généraliste agit beaucoup pour les problèmes en aigu

- Quels sont d'après vous les freins à cette communication ?

- Comment pensez vous qu'il faille améliorer cette communication ? Avoir plus de données sur les dossiers complexes... les médecins devraient plus nous interpellé tout simplement par téléphone ou par mail... donc pour ça il faudrait qu'ils aient nos coordonnées... Les réunions de secteurs...? non... mais plutôt des FMC où on pourrait se glisser, nous MEN, et on rencontrerait les MG comme ça...

- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Je les appelle quand il y a besoin mais eux pourraient nous appeler dans certaines situations notamment pour l'absentéisme, les dispenses de sport... J'aimerais avoir un retour dans nos échanges aussi... Mais c'est vrai je ne suis pas trop gênée par le manque de communication, on peut bien faire les choses et ce en parallèle car nous avons des métiers différents... pour moi ce n'est pas une nécessité quotidienne

- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? Le dossier médical venant du MG... Dans l'autre sens (MEN au MG) ce qui leur manque souvent c'est comment se porte l'enfant au sein de l'école car on ne leur dit pas ... je peux « re » signaler des problèmes qui n'ont pas été résolus entre 2 de mes consultations

aider le MS

Connaissance de la médecine générale ?

- qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Réexpliquer le traitement, s'assurer de l'observance, que les patients sachent bien prendre leur traitement... pour le handicap j'ai surtout l'impression que ce sont les spécialistes qui gèrent, ils ne vont pas forcément autorisés à gérer ce genre de soucis
- quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 15-20 minutes je pense
- Comment percevez vous la médecine générale ? bien...

- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? (actuelle) elle essaye de me la décrire mais n'y arrive pas donc j'explique quelle a été votre cursus ? médecine générale et médecine scolaire ensuite
- Avez vous déjà eu un interne de médecine générale ? non que pensez vous de cette démarche ? ca m'intimide beaucoup, je ne suis pas sûre d'être suffisamment à l'aise pour vous apprendre quelque chose... mais je trouve ça bien

Consultations concernant la scolarité des jeunes patients :

- thèmes ?
- leurs questions (en fonction de l'âge)
- dispense EPS, certificat aptitude sport, non plus vraiment c'est inutile
- tabac ou autres substance oui
- contraception non
- bilan des 5-6 ans ? oui je cible certaines écoles
- troubles du comportement,
- troubles des apprentissages oui
- gestion d'une maladie chronique oui c'est celui qui me prend le plus de temps en effet surtout en primaire car après les enfants sont bien pris en charge
- handicap

Entretien P1

14/02/14

Caractéristiques de l'enfant

FILLE

AGE 13 ans ½

Enfant adoptée à 9 mois du Guatemala, 1 frère 28 ans

SCOLARISATION 5^e a redoublé le CP

PATHOLOGIE maladie orpheline – problèmes moteurs avec difficultés à la marche et motricité fine

Retards intellectuels avec dysorthographe, dyslexie, problème de mémoire immédiate, non lectrice

HISTOIRE RAPIDE DE L'ENFANT plusieurs examens jusqu'à l'âge de 2ans ½ prise en charge à Trousseau puis tt par MODOPAR -> amélioration

Entrée en maternelle déjà problématique car non propre en plus des problèmes moteurs – entrée en jeu du médecin scolaire « car ils n'en voulaient pas à l'école »

Troubles chroniques et lourds au fur et à mesure

Durée de l'entretien : 40 min

Connaissance de la médecine générale

- Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Dans l'idéal ce serait un chef de projet, quelqu'un qui coordonne... comme un généraliste normal... voir l'enfant régulièrement et nous orienter vers les spécialistes adéquats... et surtout au début lorsqu'on avait pas de diagnostic parce que personne ne nous croit, c'est le parcours du combattant comme on dû déjà vous dire... on nous dit « il ne faut pas vous inquiéter » « il faut qu'elle s'adapte »... le médecin généraliste que j'avais à l'époque s'était mis en retrait... il nous laissait avec le pédiatre... je pense que le rôle du médecin généraliste est celui de coordonnateur
- Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 15 – 20 min, on lui dit « il a mal au pied » et bien le médecin regarde le pied et pas le reste... par exemple...
- Comment percevez vous la médecine générale ? J'ai l'impression qu'on en manque, et il y a peu de temps pour une consultation, ce n'est pas suffisant, le médecin parfois se focalise au lieu de prendre en charge dans la globalité
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? elle est de 7 ans...
- Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ? non que pensez vous de cette démarche ? je trouve ça bien... il y a une grande

différence entre la théorie et la pratique et c'est bien que les jeunes médecins soient sur le terrain pour apprendre...

- Est-il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ? il ne l'a pas été et surtout dans la recherche du diagnostic... on tape à toutes les portes parfois sans réelle logique

Connaissance de la médecine scolaire

- PAI, PPS – connaissez vous ces termes ? oui Votre enfant en a t-il bénéficié ? oui Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? oui bien sûr...
- Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ? de ce que je vois de mon MS, elle donnait des avis pour l'orientation et la scolarisation de mon enfant, avec les aménagements à mettre en route au sein de l'école, faire des visites avec les enfants... après c'est un peu flou - j'explique Elle a un rôle de coordinatrice dans mon cas... même si la référente MDPH est très présente... Elle me propose de faire des bilans supplémentaires... je trouve moi qu'elle s'investit et qu'elle a des qualités humaines remarquables
- Quels sont les Outils de dépistage classique ? BSEDS ?
- Avec qui travaille t-il ? l'enseignant référent MDPH, les instituteurs, le psychologue, psychomotriciens, orthophoniste
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? PAI, PPS, AVS Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? idem + aides financières par MDPH Quels Intervenants avez vous rencontrés : médecin scolaire, MDPH, COP actuellement
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? Je la perçois à travers mon médecin scolaire... elle est primordiale dans les réunions et nous suit depuis le début... on dirait presque qu'elle représente un peu ce que je n'ai pas eu avec mon médecin généraliste
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Je ne la connais pas... j'explique C'est orienté enfant et handicap ? oui et j'explique Un peu comme les pédiatres
- Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ? Oui, et c'est très bien

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

- Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ?
- Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ? Pas du tout et de façon générale avec d'autres intervenants ? non... en fait le rôle de mon généraliste est qu'elle prend plus de temps pour s'occuper de ma fille pour le quotidien (vaccin, épisode aigu...) mais elle n'est pas spécialiste dans cette pathologie, elle est au courant car elle reçoit les comptes rendu de ce qui se passe mais n'en fait pas plus... en ce moment ma fille a du mal à dormir et je me demande qui elle peut aller voir et je n'ai pas de conseils... elle ne participe pas à

une meilleure prise en charge de ma fille...c'est au début que j'aurai eu besoin de mon MG...

- que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ?
- pensez vous qu'elle participe à une meilleure prise en charge votre enfant ? non
- pensez vous qu'il faut l'améliorer ? Les 2 prises en charges sont disjointes...il y a d'un côté les spécialisées et l'école et d'un autre le MG...Je pense en effet qu'il faudrait l'améliorer
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? Un appel entre les 2 et ce serait déjà bien... parfois j'ai des questions à poser et des problèmes avec mon enfant...le MS est moins accessible que mon MG ...il faudrait qu'au final les intervenants soient plus proches de nous surtout mon MG surtout s'il a du mal à identifier des problèmes et à les prendre en charge ...le travail des 2 en même temps ...on serait moins démunis
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? du MG au MEN ? une synthèse du cas, chose que j'ai faite moi même avec les dossiers, les comptes rendus finalement, passer l'information de l'un à l'autre ça c'est moi qui l'ai fait du MEN au MG ? compte rendu des réunions donné au MG, tout ce qui est mis en place à l'école même si j'ai l'impression que c'est utopique... et ça veut dire que le médecin de ville ne s'intéresse plus seulement au problème de pied mais prend l'enfant dans son ensemble...j'aurais pu moi même passer ces CR à mon médecin généraliste maintenant que j'y pense mais là je dis « si c'est moi qui doit faire ça aussi je ne m'en sors pas »... Mon MS connaît bien ma fille, elle a une vision de comment elle passe son développement à l'école, de son évolution etc...
- Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ? oui clairement
- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ? Non, il y a bien dans mon cas clivage entre la médecine générale et le reste. Personne ne m'a jamais demandé le carnet de santé, ni le neurologue, ni les orthophonistes, psychomotriciens ou autres. Et moi, si j'ai essayé d'assurer la communication entre tous ces thérapeutes, je ne leur ai jamais présenté le carnet de santé.

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

Le médecin généraliste peut aussi commencer à parler des structures, des intervenants, centraliser et nous informer car on ne sait pas comment tout ça fonctionne...on a perdu un temps fou nous avant de savoir de quelles aides on pouvait bénéficier... au début en plus on n'a pas envie de parler de handicap ...je ne sais pas si elle peut intervenir pour certaines choses et j'hésite parfois à l'appeler car je ne connais pas les limites de son travail...mais c'est aussi car il y a une relation de confiance qui s'est installée...Je considère le MG comme le médecin du corps et le MS c'est la vie à l'école et l'expérience des autres enfants à soucis, elle est spécialiste enfant/handicap quand même

Vous médecin généraliste vous liriez les comptes rendu de MS ? Je lui réponds que oui...

Moi j'ai fait plusieurs cabinet de MG et je débarquais avec mon dossier...ce n'était peut être pas bien de faire comme ça...

Il y a eu 2 mondes parallèles entre mon MG et le MEN

Entretien P2

25/02/14

Caractéristiques de l'enfant :

FILLE

AGE 9 ans 1/2

SCOLARISATION Mise en place d'un PPS avec AVS qui lui permet en classe de ne pas se précipiter dans son travail, de l'aider à se concentrer, de la reprendre si nécessaire...elle agit au niveau social vis à vis de ses camarades – Actuellement en CE2, avec AVS – à toujours des difficultés surtout avec les autres camarades – a redoublé une fois

PATHOLOGIE : TADA tt par Ritaline

HISTOIRE : ATCD chez la maman de TADA - Née à 35SA - Troubles détectés très tôt par les parents, environ vers l'âge de 1an ½, avec agitation inhabituelle, trouble du comportement farfelu. La maman en parlait à son généraliste et sa remplaçante qui lui disait d'ailleurs que c'était un problème d'éducation. Le généraliste l'a adressée vers un neurologue à l'Hôpital d'Argenteuil qui a fait la prise en charge depuis l'âge de 2ans 1/2 et vers un CMPP qui a fait toutes les démarches nécessaires (psychologue, orthophoniste, psychomotricien).Aphasique jusqu'à l'âge de 3 ans.

Plus de psychomotricien depuis septembre 2014, a intégré un groupe d'intégration pour les enfants qui ont du mal à communiquer entre eux (instauré par le CMPP).

Actuellement PPS à l'école – Le traitement est donné par la maman, se déplaçait au début à l'école pour lui donner de sa propre volonté car refusait que ça soit fait par quelqu'un d'autre qu'elle.

Difficultés au début avec le personnel à l'école – maintenant seule les personnes qui savent l'appréhender se débrouillent bien avec elle et n'ont pas de soucis particulier sinon cela reste difficile à l'école.

Durée de l'entretien :36min

Connaissance de la médecine générale

- Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Diriger vers les spécialistes...mon MG m'a bien conseillée et m'a dirigée vers un neurologue et le CMPP d'A...au quotidien, ce qu'il me manque c'est les associations de parents, qui pourraient nous aider dans nos réaction pour le quotidien en effet avec des témoignages d'autres parents...et c'est vrai que le MG pourrait nous aider à ce niveau là, ce qu'il ne fait pas...
- Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? Mon médecin peut passer entre 15 à 30 minutes avec ma fille, en fonction du problème. Elle

est jeune, assez compétente...c'est elle qui suit ma fille depuis sa naissance, elle la connaît bien

- Comment percevez vous la médecine générale ? On est obligé de passer par la médecine générale pour voir les spécialistes...il permet de se rassurer parfois...je sais que ma fille a eu des palpitations cardiaques, mon MG m'a pris rapidement et m'a vite adressée aux urgences pour ECG et je trouvais que c'était rassurant de la voir rapidement et qu'elle prenne en compte ce problème...c'est quelqu'un qui est proche de nous...dans ma profession on voit souvent des médecins qui bâclent et des prescriptions qui font peur ! J'ai une bonne appréciation de mon médecin mais bon après il y a des bons et des mauvais partout...certains médecins ne peuvent pas être mon MG ! Mon MG prend le temps quand il le faut ...
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? Je sais qu'il y a P1 et ensuite la thèse à la fin et c'est tout...je lui explique
- Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ? je ne crois pas...que pensez vous de cette démarche ? c'est bien pour former les futurs médecins mais j'ai peur quand je vois un jeune lâché tout seul en cabinet que ce soit aussi bien pour moi que pour ma fille et notamment sur les choses pointilleuse
- Est -il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ? Oui...ceci dit je trouve que c'est regrettable que mon MG ne lise pas les CR qu'on lui adresse ou du moins ne soit pas à jour...le dernier en date était important et j'ai dû lui faire moi même un résumé...Personnellement je pense que si je n'avais pas été là pour faire la jonction entre tous les professionnels, ma fille n'aurait peut être pas eu toutes ces prises en charges...je ne dis pas que ce serait mieux ou pire mais c'est moi qui fournit tous les documents aux spécialistes que ma fille voit car souvent la secrétaire reçoit le document et le glisse dans le dossier sans qu'il soit vu par le médecin...donc moi je fais des photocopies pour tout le monde et voilà...!

Connaissance de la médecine scolaire

- PAI, PPS – connaissez vous ces termes ? Oui , ma fille a un PPS - vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? Oui
- Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ? Non pas vraiment j'explique
- Quels sont les Outils de dépistage classique : BSEDS ? Non
- Avec qui travaille t-il ? L'enseignant référent de MDPH, la directrice, les enseignants j'explique
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Celle dont j'ai bénéficiée en fait Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? Quels intervenants avez vous rencontrés : médecin scolaire, MDPH, psychologue scolaire, AVS, enseignant référent
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? C'est bien lors des réunions car ça permet de mettre les prof au point car ils ont tendance à ne pas être à jour...heureusement que le médecin scolaire et le psychologue sont là pour mettre les points sur les i et leur rappeler que ma fille a toujours des troubles...alors c'est vrai qu'ils se voient moins et du coup ils me disent tout va

bien en classe mais en fait c'est parce qu'elle est sous traitement...ils ne voient pas du coup qu'il y a d'autres problèmes notamment psychologiques...par exemple pour ma fille il y a des TOC qui apparaissent et les profs ne s'en rendent même pas compte...Du coup c'est bien que le médecin recadre un peu les choses et informe à nouveau de l'état des choses...il y a un réel soutien...le psychologue a pu se rendre compte un matin ou j'avais oublié de lui donner son traitement des problèmes que ça pouvait poser et en a profité pour le dire à la réunion...

- **Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ?** c'est un médecin généraliste... ?
- **Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ?** oui c'est bien pour apprendre mais c'est bien qu'il soit toujours accompagné du référent médecin scolaire

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

- **Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ?** MG, CMPP (psychologue, orthophoniste, pédopsychiatre, psychomotricien), MS, psychologue scolaire, AVS, enseignant référent
- **Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ?** non et je ne sais pas s'il y a eu des tentatives...elles doivent se connaître je pense
- **et de façon générale avec d'autres intervenants ?** quand il y a une urgence, elle sait faire ce qu'il faut, prendre son téléphone, et adresser aussi comme il faut...mais c'est vrai qu'il est plutôt en lien avec les hospitaliers...Mais c'est vrai que c'est moi qui fais souvent la passerelle...donc peut être qu'elle n'a pas le temps de lire les CR que moi je lui en fait un résumé...
- **que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ?** Pour nous elle est inexistante...mais ce serait bien que le MG informe le MS surtout pour les familles qui ne parlent pas français ou qui ont beaucoup de difficultés à comprendre les choses...Ce serait une bonne chose
- **pensez vous qu'elle participe(ra)it à une meilleure prise en charge votre enfant ?** oui bien sûr
- **pensez vous qu'il faut l'améliorer ?** oui en tout cas dans mon cas...
- **Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?** Il faudrait peut être que pour des problèmes importants un petit temps qu'il consacre pour communiquer par téléphone avec appui par courrier comme ça il y a toujours une trace...Je pense que des problèmes peuvent être masqués type anxiété, angoisse pour ma fille et les médecins ne voient pas qu'elle souffre...et la communication entre les médecins pourrait apporter quelque chose de plus à ce niveau là
- **Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ?** du MG au MEN ? le dossier médical, les ATCD, tout ce qu'il a remarqué et qu'il n'a pas dit aux parents /du MEN au MG ? Tout ce qui se passe à l'école et que l'on ne voit pas dans un cabinet en 15 min
- **Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ?** J'ai été très bien encadrée du fait de sa prise en charge depuis le début...j'ai eu les mêmes problèmes en étant jeune et je n'ai pas eu de prise en

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 4

charge à l'époque...donc quand j'ai détecté un problème chez ma fille je n'ai pas hésité une seconde à consulter, voir les spécialistes...et puis je ne laisse pas tomber...je me bat tout le temps et quand il y a une chose qui ne va pas je fais en sorte que ça se passe...Mais c'est vrai qu'on est entouré de personnes qui ne laissent pas tomber, et de personnes très compétentes...Alors c'est vrai que la 1ere AVS n'était pas celle qu'il fallait et heureusement on en a changé...Par contre, une certaine partie de ma famille ne comprend pas du tout le problème, on met le problème sur le compte de l'éducation, de notre éducation...

- **Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ?** Non, je me déplace avec un porte vue qui contient tous les comptes rendu des spécialistes

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

Thèse Laurène Corchia

Page 4 sur 4

ENTRETIEN P3

26/02/14

Caractéristiques de l'enfant :

FILLE

AGE 19 ans

SCOLARISATION scolarisée jusqu'à l'âge de 10 ans en maternelle puis CLIS à ce moment là était très bien suivie au CMPP avec psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien mais au sein même de la CLIS, ça n'a servi à rien car il y a des enfants dans ces classes qui présentent tous des pathologies complètement différentes et les instituteurs n'y connaissent rien non plus j'ai l'impression. Ce n'était pas une structure adaptée. Puis IME jusqu'à ce jour.

En IME : difficultés multiples avec tous les intervenants de la structure actuellement sauf avec la personne référente qui s'occupe de sa fille au plus près d'elle et qui est très bien d'ailleurs. Difficultés avec la psychologue et le psychiatre qui n'arrive pas non plus à gérer la situation, beaucoup d'a priori sur la famille d'après la maman -

Actuellement orthophoniste en ville 2 fois par semaine avec amélioration+++

PATHOLOGIE déficience mentale, problème de communication avec troubles du langage

Troubles apparus depuis toute petite. Dépistages multiples dont chromosomiques revenus négatifs - pas de diagnostic franc posé - difficultés psychologiques de la maman pendant la grossesse

Présente un eczéma très important en parallèle

FRATRIE : un frère de 22 ans qui rejette le handicap de sa sœur avec qui ça se passe mal - un petit frère de 11 ans

Durée de l'entretien : 27min 53s

Connaissance de la médecine générale

- **Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ?** En général, lorsqu'elle consulte le médecin généraliste qui vient à la maison en visite, c'est pour les problèmes quotidiens, infection passagère surtout...Il n'a jamais pris en charge le problème de ma fille
- **Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ?** il vient à domicile...il reste peu de temps 10 à 15 min
- **Comment percevez vous la médecine générale ?** Pour moi c'est important, on a besoin de se rassurer quand les enfants ont des symptômes qui au final sont peu graves et c'est encore plus rassurant car c'est un bon médecin...c'est un

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 3

réfèrent pour nous même s'il n'a pas géré le problème de ma fille... il est encore à la faculté, est donc très au courant de ce qui se passe et on arrive à en parler mais ce n'est pas le sujet premier lorsqu'il vient à la maison

- **Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ?** Je ne connais pas j'explique
- **Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ?** oui mon MG est maître de stage il est professeur à l'université et à la retraite mais continue d'exercer que pensez vous de cette démarche ? C'est bien, ça permet aux internes de voir comment ça se passe et d'avoir une idée de comment gérer des situations...
- **Est-il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ?** oui, tout a fait.

Connaissance de la médecine scolaire

J'ai très peu eu à faire avec le médecin scolaire, je ne l'ai croisé que une ou 2 fois

- **PAI, PPS - connaissez vous ces termes ?** Oui **Votre enfant en a t-il bénéficié ?** oui **Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ?** oui quand elle était en maternelle et CLIS
- **Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ?** je ne connais pas en plus je n'en ai pas gardé un très bon souvenir... j'explique
- **Quels sont les Outils de dépistage classique ?** BSEDS ?
- **Avec qui travaille t-il ?** Je ne sais pas
- **Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ?** Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? **Quels Intervenants avez vous rencontrés :** médecin scolaire, MDPH, assistante sociale, aide financière
- **Comment percevez vous la médecine scolaire ?** J'ai une très mauvaise appréciation ... je ne l'ai pas trouvé présent du tout
- **Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ?** Je ne la connais pas
- **Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ?** non du coup

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

- **Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ?** médecin généraliste, et intervenants du CMPP
- **Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ?** non et de façon générale avec d'autres intervenants ? non
- **que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ?** il n'y en a pas eu...je ne suis pas sûre que ça aurait marché...son MG c'est pour ma fille quelqu'un qui vient pour une grippe ou une angine...je ne suis pas sûre qu'elle adhère au fait que le médecin généraliste rentre dans la prise en charge de sa maladie...pour moi je ne sais pas non plus si ça aurait fonctionné...parce que la pathologie était très

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 3

lourde...c'est vrai que j'ai fait beaucoup de démarches seules et c'est vrai que mon médecin me faisait les ordonnances mais parce que je lui demandais

- pensez vous qu'elle participe à une meilleure prise en charge votre enfant ? Je ne sais pas vraiment car je n'en ai pas bénéficié...peut être que ça m'aurait aidée oui mais sans certitudes...les hospitaliers quand ils envoyaient le CR à mon MG, mon MG le recevait et le mettait dans le dossier et point barre...
- pensez vous qu'il faut l'améliorer ?
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? du MG au MEN ? le cadre familial, le MG serait à même d'apporter des informations sur la famille et ses problèmes car le MEN ne connaît pas grand chose du MEN au MG ? Pas grand chose
- Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ? oui clairement quand j'ai changé de structure surtout mais avant ça allait plus ou moins grâce au CMPP
- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ? Non, mais elle n'est vue que par son médecin traitant actuellement. Il vérifie simplement à ma demande si ses vaccins sont à jour.

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

ENTRETIEN P4

28/02/14

Caractéristiques de l'enfant :

FILLE

AGE 6 ans 1/2

SCOLARISATION le matin en grande section de maternelle – aménagement d'un siège molière qui n'a pas grand intérêt je reconnais – puis va chez une assistante maternelle agréée

INSTALLATIONS Orthophonie, psychomotricité à domicile, groupe musical, AVS à l'école à plein temps sur un demi temps scolaire, allocations de MDPH,

PATHOLOGIE Née à 4 jours du terme rien ne présageait un quelconque problème...mais par la suite on s'est rendu compte qu'elle ne prenait pas bien le sein, qu'elle pleurait après chaque repas, pas de prise de poids, retour en néonate. Puis arrêt de l'alimentation à 6 semaines donc prise en charge en néonatalogie et retour à domicile avec sonde nasogastrique – Pas de diagnostic ce jour mais hypotonies axiale et latérale, dysmorphie, retards mentaux divers, troubles autistiques. Se tient debout à 3 ans, marche à 5 ans

Test génétiques qui ne donnent rien, sont un peu desoeuvrés, elle est sur illumina (banque de donnée de génome à l'échelle mondiale et si on trouve des similitudes avec un autre cas dans le monde quelque chose se met en place).Origine génétique probable

Est suivie à l'hôpital R. Debré, nouveau bilan à venir au centre pédopsychiatrique de Necker pour autisme et TED

FRATRIE non

PARENTS divorcés, garde alternée entre la maman et le papa

ASSOCIATION fait partie d'une association mais de plus en plus difficile d'aller aux réunions...et parfois trop grand fossé entre les différentes situations et l'attitude des parents

Durée de l'entretien :41min 28s

Connaissance de la médecine générale

- Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Je pense qu'il doit veiller au bien être de l'enfant, de s'adapter au fur et à mesure en ville aux problèmes rencontrés et d'aiguiller les parents...pas de faire le diagnostic mais d'adresser aux bonne personnes...faciliter la vie des

parents...être disponible au quotidien, de venir ou de nous accepter à des heures improbables

- Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? Je dirais 20_25 min mais notre MG ne faisait jamais l'impasse sur quoi que ce soit, il prenait parfois plus de temps et ausculter la gorge de ma fille sans la faire vomir vous pouvez me croire il fallait être patient
- Comment percevez vous la médecine générale ? C'est plutôt une prise en charge globale : il a la casquette du médecin mais il a aussi la casquette du psy, du conseiller, c'est celui qui connaît le mieux les familles
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? Je ne la connais pas j'explique
- Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ? Non à l'hôpital mais pas au cabinet que pensez vous de cette démarche ? Je suis pour
- Est -il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ? Oui complètement, il a été acteur de la prise en charge d'Enora

Connaissance de la médecine scolaire

- PAI, PPS - connaissez vous ces termes ? Non, mais en fait elle a un projet de vie mais je ne connais pas le nom Votre enfant en a t-il bénéficié ? Du coup je pense que oui Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? Oui
- Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ? Je le connais très peu surtout qu'il a changé depuis peu. Après, ses missions je ne les connais pas vraiment
- Quels sont les Outils de dépistage classique : BSEDS ?
- Avec qui travaille t-il ? La référente scolaire, l'institutrice, la directrice, l'AVS et contacter les personnes qui gravitent autour de ma fille
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? Quels Intervenants avez vous rencontrés: **médecin scolaire**, MDPH, assistante sociale, psychologue scolaire
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? je n'ai pas vraiment d'idée précise de ce qu'ils font à l'école
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Je ne la connais pas
- Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ? Je ne l'ai vu qu'une ou 2 fois notamment la première fois lors de l'entretien de présentation où elle a commencé à mettre des choses en place...mais après je ne sais pas ce qu'elle fait...d'après ce que je comprend c'est elle qui valide telle ou telle décision ou installation à l'école

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ? les spécialistes de l'hôpital, le pédiatre

- Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ? Je ne crois pas mais s'il y avait quelque chose à faire le MG aurait fait quelque chose et

de façon générale avec d'autres intervenants ? Correcte, il est toujours à jour de ce qui se passe

- que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ? Je pense qu'il y a quelque chose à faire de ce côté là...le MG connaît bien la famille et le fait d'informer l'école de ce qui se passe de ce côté là ça peut être pas mal...ce serait plus sain qu'ils s'appellent une heure au moins une fois pour débriefer...
- pensez vous qu'elle participe à une meilleure prise en charge votre enfant ? oui elle serait bénéfique car c'est lui, le MG, qui connaît le mieux l'enfant, ses progrès, comment il grandit
- pensez vous qu'il faut l'améliorer ? oui je pense, moi je valide cette démarche, mais même si la famille n'est pas d'accord il y a certaines données à communiquer pour prendre du recul sur certaines situations
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ?
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? du MG au MEN ? le contexte familial du MEN au MG ? la dégradation ou les améliorations au sein de l'école, les changements que le MG ne voit pas forcément
- Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ? Parfois oui, surtout lorsque je devais changer la sonde de gastrostomie toute seule, on se substituait à certaines aides ça c'est sûr, mais c'est le MG qui est venu pour me soutenir la première fois que je l'ai fait, je me suis sentie rassurée, il a fait son job jusqu'au bout, voir plus
- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ? Non, je ne le présente que quand c'est demandé, par exemple pour le bilan « autisme et TOD » à Necker c'était stipulé dans les documents. Le carnet de santé n'est pas adapté aux handicap et affection longue durée.

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

Je pense qu'il faudrait qu'il y ait toujours un psychologue scolaire disponible...un psychologue tout court je pense pour nous aussi c'est important

Il faudrait un carnet de correspondance, un carnet de vie de l'enfant en situation de handicap voir même un support numérique...le carnet de santé n'est pas adapté je trouve surtout dans les couples divorcés c'est pas évident...il faudrait faire une base en ligne avec un accès pour les parents et un accès pour les praticiens...ce serait très bien...et un accès pour le parent de façon spécifique pour pouvoir comparer les acquisitions et le développement de l'enfant

ENTRETIEN P5

04/03/14

Caractéristiques de l'enfant :

GARÇON

AGE 5 ans

SCOLARISATION Grande section de maternelle

PATHOLOGIE asthme

HISTOIRE RAPIDE DE L'ENFANT Diagnostiqué il y a 3 ans à la suite de troubles respiratoires ne cédant pas spontanément – suivi à Necker car difficilement stabilisé en ville – consultation tous les 6 mois

Consultation aux urgences répétées - asthme difficilement géré en ville – problème de compréhension par les parents

Durée de l'entretien : 18min 28s

Connaissance de la médecine générale

- Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Faire le diagnostic, mais s'il fait des crises je l'apporte à l'hôpital...mais j'ai confiance en lui...il me reçoit même sans rendez vous
- Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 20 minutes
- Comment percevez vous la médecine générale ? C'est important car c'est à côté, je peux y aller facilement, en plus je ne conduit pas donc c'est pratique et j'ai confiance en lui...c'est plus facile pour nous quand les enfants sont malades de les ramener chez le médecin généraliste car il est proche de nous...il connaît bien la famille
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? je ne la connais pas du tout...j'explique
- Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ? non que pensez vous de cette démarche ? je trouve ça bien...il faut qu'ils apprennent
- Est-il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ? oui beaucoup car comme je vous l'ai dit il est proche

Connaissance de la médecine scolaire

- PAI, PPS - connaissez vous ces termes ? Oui Votre enfant en a t-il bénéficié ? oui, depuis la petite section de maternelle Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? non
- Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ? non pas beaucoup, je ne l'ai vu qu'une seule fois j'explique

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 3

- Quels sont les Outils de dépistage classique : BSEDS ?
- Avec qui travaille t-il ? je ne sais pas...il doit travailler seul non...? j'explique
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? PAI Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? Quels Intervenants avez vous rencontrés : **médecin scolaire**
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? J'en avais déjà entendu parler quand j'étais petite mais c'est tout mais je suis sûre qu'il a un rôle important même si je ne le connais pas bien
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Je ne la connais pas...j'explique
- Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ? Non

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

- Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ? Médecin généraliste, médecin scolaire, pneumologue hospitalier, allergologue
- Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ? Je ne crois pas...j'ai donné les coordonnées du médecin scolaire à mon médecin généraliste et inversement mais je ne sais pas s'ils se sont déjà parlé et de façon générale avec d'autres intervenants ? Oui les médecins de l'hôpital appelle beaucoup mon médecin traitant et envoient des comptes rendus
- que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ? elle n'existe pas je pense
- pensez vous qu'elle participe (rait) à une meilleure prise en charge votre enfant ? oui, pour mon fils, ce serait bien
- pensez vous qu'il faut l'améliorer ? oui car je vois plus souvent mon médecin généraliste et si il y avait un contact entre les 2 ce serait plus simple pour moi...ce serait bien que le médecin généraliste informe le médecin scolaire de la situation car il le connaît mieux que le médecin scolaire
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? il faudrait qu'ils s'appellent plus souvent je pense, donc il faudrait qu'ils aient leur coordonnées mais bon moi je leur ai donné les coordonnées déjà
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? du MG au MEN ? Tout ce qui se passe pour mon fils, l'environnement familial du MEN au MG ? Comment ça se passe à l'école
- Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ? Oui j'ai des problèmes pour faire garder mes enfants surtout pour aller à l'hôpital aux urgences le traitement ne doit pas être bien adapté...d'ailleurs mon MG m'a conseillé de retourner à Necker dans peu de temps pour une consultation avec le pneumologue parce que c'est vrai que ça ne va pas du tout...quand il voit des enfants jouer par terre il fait comme eux mais il est allergique à la poussière alors c'est dur pour lui il est obligé de s'arrêter car il fait souvent une crise et il me demande pourquoi il ne peut pas faire comme tous les autres enfants de son âge, pourquoi il n'est pas normal... Je crois que la Ventoline

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 3

n'est pas donnée à l'école alors qu'on a fait le PAI...la maîtresse ne donne pas je ne comprends pas ... Le MS devrait peut être améliorer certaines choses à l'école mais je ne sais pas si elle est toujours à l'école donc parfois j'hésite à appeler...j'explique que le MS peut intervenir et qu'elle peut appeler et laisser un message j'aimerais vraiment qu'il y ait une amélioration à l'école

- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ? oui

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 3

ENTRETIEN P6

05/03/2014

Caractéristiques de l'enfant :

Jumeaux 1 fille et 1 garçon

AGE 18 ans

SCOLARISATION

Maternelle : classique mais au début proposition de 1h15 par semaine - du coup pratiquement pas de scolarisation la 1ère année, puis grâce à l'aide de la maîtresse « extraordinaire » possibilité de scolarisation « normale » jusqu'en fin de maternelle avec notamment adaptation à l'école avec classe au RDC pour un meilleur accès pour les enfants -

Primaire : SESSAD avec visite à l'école – refus de la CLIS par les parents

Collège : classique

Lycée : classique - en terminale actuellement BAC L pour le garçon, BAC STSS pour la fille

Beaucoup de maladresses de la part du médecin scolaire, la maman a eu l'impression qu'il lui a mis des bâtons dans les roues à chaque étape de la scolarisation, ne connaissait pas du tout la pathologie des enfants et la problématique et avait beaucoup d'a priori alors qu'il participait à chaque réunion d'équipe éducative et avait un rôle prépondérant. Difficultés relationnelles avec les parents et avec le médecin traitant

Possibilité financière qui a pu pallier les difficultés devant lesquelles je me suis retrouvée... j'ai eu envie à un moment donné de quitter la France pour retourner en Italie car je me suis retrouvée devant un mur...tout était bloqué... malgré la loi en 2005 il y avait encore des écoles qui refusaient certains enfants

PATHOLOGIE problèmes moteurs prédominant aux membres inférieurs – dyslexie -

Nés à 28SA suite à une septicémie – nés par césarienne en urgence

Suivi au début à l'institut de puériculture du CAMS de Paris puis CAMS de Gonesse, et à Robert Debré en chirurgie orthopédique

PEC : kiné, ergothérapie, psychomotricien

Marche à 5 ans

FAMILLE Jumeaux puis 1 garçon

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 3

Durée de l'entretien : 45min 21s

Connaissance de la médecine générale

- Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Dans mon cas, son rôle a été de m'écouter... il a m'a soutenu psychologiquement... Je ne savais pas qu'il était capable d'intervenir pour leur pathologie
- Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 20 min mais ça dépend de ce pour quoi on vient mais ça peut être plus long si besoin
- Comment percevez vous la médecine générale ?
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? Je ne la connais pas très bien
- Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ? à l'hôpital oui mais pas au cabinet que pensez vous de cette démarche ? Je pense que c'est bien pour transmettre le savoir
- Est-il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ? Oui tout à fait mais sans pour autant qu'il soit rentré dans la prise en charge à proprement dit des jumeaux...

Connaissance de la médecine scolaire

- PAI, PPS – connaissez vous ces termes ? oui Votre enfant en a t-il bénéficié ? oui pour le PPS Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? oui depuis le début
- Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ? Je ne les connais pas parce que ça ne m'intéresse pas... j'ai essayé plusieurs refus et des a priori sur la pathologie de mes enfants et sur les capacités qu'ils avaient...car au final leur problème est essentiellement moteur...mes enfants sont arrivés à un moment où ils étaient seuls dans ce cas dans la ville et je ne crois pas qu'ils soient très bien formés au handicap... Je pense qu'en France c'est encore très nouveau...en Italie il n'y a pas d'IME ni CLIS un enfant qui a des soucis est accompagné en milieu classique par un instituteur spécialisé pas un AVS, quel'un qui est formé et qui sort de l'Education Nationale... j'ai moi même grandi à l'école avec des enfants qui présentaient des pathologies lourdes trisomie, handicap et c'était il y a 30 ans déjà... ici il faut avoir de la chance et tomber sur des gens formidables... j'explique
- Quels sont les Outils de dépistage classique : BSEDS ?
- Avec qui travaille t-il ?
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? Je connais la CLIS, l'ULIS, la MDPH Quels intervenants avez vous rencontrés : **médecin scolaire**, MDPH, assistante sociale
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? J'ai eu une très mauvaise expérience heureusement que je me suis battue toute seule
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Je ne la connais pas

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 3

- Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ? Non

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

- Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ? Pédiatre, médecin traitant, spécialistes à l'hôpital, SESSAD, paramédicaux (ergo, kiné, psychomotricien)...mais c'est moi qui transmettais les comptes rendu
- Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ? non et de façon générale avec d'autres intervenants ? Je ne sais pas j'avais l'impression que c'est moi qui faisais le lien
- que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ? elle a été inexistante...mon médecin traitant aurait du intervenir plus peut être
- pensez vous qu'elle participe à une meilleure prise en charge votre enfant ? elle aurait peut être pu l'améliorer et me soulager moi parent
- pensez vous qu'il faut l'améliorer ? maintenant que j'ai du recul notamment avec vous...oui... il doit y avoir des cas pour lesquels ça se passe bien
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? on ne devrait pas poser des problèmes supplémentaires aux familles qui sont déjà en difficulté...il faut que chacun fasse un effort et prenne du temps...ceci dit je ne m'étais jamais posé la question avant
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? du MG au MEN ? pas grand chose car pour moi mes enfants n'étaient pas malades comme un diabétique par exemple...et ils étaient suivis par des structures particulières et spécialisés... du MEN au MG ? les améliorations de l'enfant à l'école et le compte rendu des équipes éducatives...mais le MEN ne voyait pas beaucoup les enfants donc là encore je ne voit pas vraiment ce qu'il pourrait apporter
- Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ? oui clairement...mais j'ai pallié aux manques
- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ? Non, je ne l'ai pas présenté souvent et on ne me l'a pas demandé non plus.

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

Thèse Laurène Corchia

Page 3 sur 3

ENTRETIEN P7

05/03/14

Caractéristiques de l'enfant :

GARCON

AGE 9 ANS

SCOLARISATION redoublement de la moyenne section, puis GSM, puis CP normal, puis CLIS depuis la rentrée dernière avec une adaptation difficile

PATHOLOGIE RETARD PSYCHOMOTEUR

Retard de langage (acquis à 3 ans)

Difficultés rencontrées dès la moyenne section de maternelle, détectées par l'enseignante (sensibilisée à divers handicap du fait de sa formation). Difficultés intellectuelles (compréhension de consigne, mémorisation) et difficultés motrices principalement de coordination, pour se déplacer, à suivre le rythme principalement au début de la prise en charge. Bilan orthophoniste réalisé puis suivi. Bilan psychomoteur puis suivi sur les conseils de l'enseignante. Prise en charge à l'école par MEN. Bilans multiples à Argenteuil, Necker, Colombes sans conclusion.

Lecture non acquise actuellement.

Capacités manuelles surdéveloppées

INSTALLATIONS Orthophonie, psychomotricité, apprend à communiquer avec la langue des signes

FRATRIE non

PARENTS maman papa à la maison

Durée de l'entretien : 50min

Connaissance de la médecine générale

- Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Je le consulte beaucoup pour le quotidien, en cas de maladie. B. a eu une surdité naissante à cause de multiples otites donc je le consultais mais après je consultais un ORL. Il est au courant que Baptiste a des problèmes mais il ne coordonne pas du tout.
- Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 20 minutes
- Comment percevez vous la médecine générale ? Dans mon cas c'est une branche de la médecine qui permet d'être présent au quotidien point barre.

Thèse Laurène Corchia

Page 1 sur 3

- Que pensez vous (Connaissez vous) la formation initiale du médecin généraliste ? C'est 7 ans d'étude pour le médecin généraliste non ? j'explique
- Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ? que pensez vous de cette démarche ? non. Je pense que ça peut être intéressant d'avoir un regard nouveau, il est peut être plus intéressé
- Est-il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ? non pas pour moi. Dans ma situation, les personnages importants sont le médecin scolaire, le médecin référent dans le handicap et l'équipe pédagogique

Connaissance de la médecine scolaire

- PAI, PPS – connaissez vous ces termes ? Oui Votre enfant en a t-il bénéficié ? oui du PPS Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? Oui
- Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ? Je sais qu'il a un secteur en charge, avec plusieurs écoles, il fait passer des visites médicale une fois par an, il fait le lien si problèmes et fait du dépistage, il met en place le suivi si handicap, participe aux réunions, je ne sais pas s'il fait le lien avec les médecins extérieurs... j'explique
- Quels sont les Outils de dépistage classique : BSEDS ?
- Avec qui travaille t-il ? l'école, l'enseignant référent du handicap,
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? Quels intervenants avez vous rencontrés : **médecin scolaire**, MDPH, psychologue scolaire, SESSAD
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? Nous avons la chance d'avoir un très bon médecin scolaire... il joue un rôle important notamment aux réunions d'équipe éducative car il apporte une autre vision des choses aux instituteurs. Il a aussi une vision généraliste contrairement aux spécialistes que j'ai pu rencontrer. Il permet de prendre du recul par rapport à des évaluations de psychologue, spécialiste... Il a toujours un regard positif sur notre enfant, met en évidence le « plus » alors que le spécialiste met en évidence ce qui ne va pas (forcément)... C'est une branche de la médecine qui est très dynamique contrairement à ce que je pensais auparavant.
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? C'est un médecin généraliste non ? j'explique
- Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ? non

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

- Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ? Surtout les spécialistes et le personnel à l'école
- Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ? Je ne sais pas... il ne m'en a jamais parlé en tous cas et de façon générale avec d'autres intervenants ? Il est au courant mais pas plus que ça... je n'en vois pas l'intérêt

Thèse Laurène Corchia

Page 2 sur 3

aujourd'hui... il n'est pas compétent pour me conseiller et m'orienter vers les bons médecins...je l'ai « squizzé » certes

- que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ? Elle est inexistante dans mon cas
- pensez vous qu'elle participe à une meilleure prise en charge votre enfant ? Sur le plan administratif ca peut être intéressant car ça pourrait me décharger...Sur l'information des démarches à suivre ca peut être bien, ca fait gagner du temps... Il peut être un soutien pour les familles aussi...
- pensez vous qu'il faut l'améliorer ? oui bien sûr
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? qu'il s'intéresse un peu plus à nous... et qu'il soit plus sensibilisé donc formé qu'il participe aux réunions d'équipe éducative...sous couvert de rémunération par exemple...ca peut être une motivation ...
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? du MG au MEN ? surtout au début de la prise en charge, le suivi médical depuis la naissance du MEN au MG ? l'évolution de l'enfant au sein de l'école, sa capacité à communiquer ou échanger
- Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ? J'ai en effet fait beaucoup de démarche toute seule ... j'ai eu de la chance aussi...C'est vrai que je n'ai pas attendu les aides je les ai cherchées
- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ? Oui

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

ENTRETIEN P8

10/03/2014

Caractéristiques de l'enfant :

Garçon

AGE 7 ans 1/2

1 sœur de 11 ans et un frère de 5 ans

SCOLARISATION en CE1, AVS que j'ai eu beaucoup de mal à avoir (au bout de 4 demandes) car le handicap n'était pas reconnu comme assez pesant

PATHOLOGIE neurofibromatose plexiforme, opérations multiples, diagnostiquée à l'âge de 3 ans

Troubles moteurs au niveau du bras droit

Prise en charge en chirurgie ORL à Robert Debré et à Rothschild et à l'institut Curie tous les 3 mois (cancérologie)

Orthophoniste

Durée de l'entretien : 37min 49s**Connaissance de la médecine générale**

- Qu'est censé faire un médecin généraliste pour la prise en charge de ces enfants ? Dans mon cas, il a participé à faire le diagnostic... puis il me rassure, me tient au courant de ce qui se passe elle coordonne avec les hôpitaux...mais pas avec le médecin scolaire...
- Quel temps passe t-il en moyenne avec un enfant en cabinet ? 10-15 min mais s'il y a besoin de plus de temps elle le prend
- Comment percevez vous la médecine générale ? Pour avoir vu beaucoup de médecins, je trouve que certains de médecins sont froids, font ça pour l'argent, il n'y a pas de communication, c'est un peu de la négligence pour moi...des personnes ont parfois plus besoin d'être guidé et d'avoir plus d'explication...j'ai dû en changer avant de connaître mon médecin traitant actuel...
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin généraliste ? Je ne la connais pas...j'explique
- Avez vous déjà vu un interne de médecine générale en cabinet ? Non pas en cabinet que pensez vous de cette démarche ? c'est très bien pour la formation des futurs médecins
- Est-il un personnage important dans la prise en charge de votre enfant ? tout à fait, elle me tient au courant quand elle reçoit les comptes rendus, qu'elle lit régulièrement je pense...c'est un échange moi aussi je la préviens quand il y a une intervention...et elle passe à la maison, elle est disponible si problème,

elle me soutient psychologiquement...mais c'est vrai qu'on prend beaucoup sur nous...

Connaissance de la médecine scolaire

- PAI, PPS - connaissez vous ces termes? oui Votre enfant en a-t-il bénéficié ? oui Avez vous déjà participé à des réunions d'équipes éducatives ? oui 2 à 3 fois par an, j'y vois le médecin scolaire qui est très gentille d'ailleurs...
- Quelles sont les Fonctions et Missions du MEN ? je ne sais pas...j'explique
- Quels sont les Outils de dépistage classique : BSEDS ?
- Avec qui travaille t-il ? je ne sais pas...j'explique
- Que connaissez vous de la Prise en charge de l'enfant handicapé et atteint de maladie chronique en milieu scolaire ? Quelles structures sont mises en place notamment celles dont vous avez bénéficiées ? Quels Intervenants avez vous rencontrés: médecin scolaire, MDPH, assistante sociale, SESSAD, AVS
- Comment percevez vous la médecine scolaire ? c'est un médecin qui tient bien son rôle à l'école mais j'ai l'impression qu'il ne voit pas souvent l'enfant
- Que pensez vous de la formation initiale du médecin scolaire ? Je ne la connais pas
- Avez vous déjà vu le médecin scolaire en compagnie d'un interne de médecine générale ? Non

Communication entre médecin généraliste et médecins scolaires

- Quels sont les référents de la prise en charge de votre enfant ? Orthophoniste, médecin traitant, médecin scolaire, spécialistes à l'hôpital
- Votre médecin généraliste communique t-il avec votre médecin scolaire ? Non et de façon générale avec d'autres intervenants ? oui avec les médecins de l'hôpital
- que pensez vous de la communication entre médecin scolaire et médecin généraliste dans la prise en charge de votre enfant ? elle ne s'est jamais faite
- pensez vous qu'elle participe(ra)it à une meilleure prise en charge votre enfant ? oui on gagnerait du temps et de l'énergie...
- pensez vous qu'il faut l'améliorer ? ce serait bien que ça se fasse, je ne sais pas pourquoi elle est inexistante... ca m'éviterait de répéter les choses... mon médecin scolaire est très demandeuse qu'on l'inclue dans le réseau, elle aimerait recevoir des compte rendu...
- Avez vous des attentes particulières dans cette communication ? il faudrait que le médecin généraliste transmette les comptes rendu au médecin scolaire du coup, il faudrait que le médecin traitant participe aux réunions à l'école
- Quelles informations à communiquer vous semblent nécessaires et indispensables dans ce cadre pour une bonne prise en charge de ces enfants ? du MG au MEN ? le dossier médical du MEN au MG ? l'évolution de l'enfant dans l'école, les décisions qui sont prises à l'école, le compte rendu d'équipe éducative
- Avez vous manqué d'aide en ville dans le processus de prise en charge de votre enfant ? oui j'ai du me battre toute seule pour que sa pathologie soit reconnue à la

MDPH, je trouvais ca injuste...je me suis beaucoup investie...c'est moi qui ai appuyé toutes les démarches...

- Présentez vous systématiquement le carnet de santé lors de vos démarches avec les intervenants de la prise en charge de l'enfant ? Non, mais même lors des interventions chirurgicales les médecins ne notent rien sur le carnet de santé. Il n'y a rien de marqué sur sa maladie.

Ce dernier paragraphe cible principalement les parents d'enfants déjà pris en charge PAI

Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladie chronique et/ou de handicap dans le département du Val d'Oise

RESUME

Introduction : les enfants atteints de maladies chroniques et ou de handicap bénéficient d'un accueil personnalisé au sein des établissements scolaires. Ceci implique d'identifier les besoins qui sont les leurs et de prévoir les moyens à mettre en œuvre pour éviter l'exclusion et l'isolement dans lesquels la maladie peut placer l'enfant. Dans le Val d'Oise, le nombre d'enfants pris en compte dans le champ du handicap représente 4,2% de la population scolaire. Parmi eux, 1 enfant sur 3 présente des atteintes intellectuelles et psychiques. Le médecin généraliste et le médecin scolaire doivent être en relation étroite pour assurer la prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire de l'enfant. Or il semble que la communication entre ces deux intervenants principaux fait largement défaut.

Matériel et Méthode : L'objectif de l'étude est de collecter et analyser des informations afin de comprendre et explorer le positionnement et les pratiques de communication d'un échantillon de médecins généralistes et de médecins scolaires du Val d'Oise ainsi que le positionnement d'un échantillon de parents d'enfants malades résidant dans le Val d'Oise. Il s'agit d'une étude qualitative et 28 entretiens semi dirigés ont été passés, enregistrés puis retranscrits et analysés.

Résultats : Il est ressorti de cette étude que les médecins généralistes et les médecins scolaires ne communiquent pas ou très peu. Les relations sont inexistantes, insuffisantes. Les freins à la communication sont principalement la méconnaissance de la médecine scolaire et le manque de temps et de disponibilité du médecin généraliste. Ils proposent de mieux se connaître : par des réunions d'échanges, par un courrier où figurent les coordonnées du médecin scolaire et par le biais de formation à la faculté. Les parents manquent ou ont manqué d'aide en ville pour la prise en charge de leur enfant et font souvent eux même le lien. Ils proposent au moins un échange téléphonique et/ou une participation aux réunions d'équipe éducative.

Discussion : Le carnet de santé n'étant pas du tout adapté pour ces échanges, un nouvel outil de communication pourrait être tout à fait utile, comme un carnet, physique ou virtuel, à plusieurs onglets correspondant à chaque intervenant. Des supports financiers, ainsi qu'une consultation dédiée à l'enfant, la revalorisation de la médecine scolaire, un médecin traitant pour l'enfant, un nouveau mode de rémunération sont des propositions pour l'avenir pour améliorer la prise en charge de ces enfants en ville.

Conclusion : Enfin, cette étude aura permis de sensibiliser ces deux professionnels de santé à l'intérêt d'un travail conjoint.

Mots clefs : communication – maladie chronique – handicap – enfant – médecine scolaire – médecine générale