HAL
open science

Évaluation d'une fiche réflexe pour l'examen du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans par des médecins généralistes de la Dordogne sous la coordination du Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Carine Micoine

To cite this version:

Carine Micoine. Évaluation d'une fiche réflexe pour l'examen du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans par des médecins généralistes de la Dordogne sous la coordination du Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01412786

HAL Id: dumas-01412786

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412786

Submitted on 8 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

N° 154

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR en MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Carine Micoine

Née le 6 juin 1986 à Sainte-Foy-la-Grande

Le 14 novembre 2016

Titre de la thèse

Évaluation d'une fiche réflexe pour l'examen du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans par des médecins généralistes de la Dordogne sous la coordination du Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Benoît Dauphin

Jury

Monsieur le Professeur Yves Perel, Président

Monsieur le Professeur Pascal Barat

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph

Monsieur le Docteur Jean-Michel Pedespan

REMERCIEMENTS

Au président du jury de thèse,

Monsieur le Professeur Yves Perel,
Pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury de thèse,

Monsieur le Professeur Pascal Barat,
Pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,
Pour me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Jean-Michel Pedespan,
Pour avoir participé à la relecture de la fiche réflexe. Pour me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Au directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Jean-Benoît Dauphin,
Pour m'avoir aidée à trouver ce sujet et accompagnée dans ce travail. À ta confiance et ta sympathie.

Au Dr Distinguin pour m'avoir transmis ton expérience de médecin de campagne.
Au Dr Rouen et au Dr Delage, pour votre confiance lors de mon premier remplacement.
Au Dr Buhaj, pour votre disponibilité et vos conseils sur la méthodologie.
Aux médecins qui ont participé à cette étude, pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce sujet et le temps précieux qu'ils m'ont accordé.
À Marie-Laurence pour avoir pris le temps de me faire découvrir les mystères d'un tableau Excel.

À l'ensemble du personnel hospitalier que j'ai eu la chance de côtoyer.

À mes parents. À toi maman qui m'a soutenue, écoutée et encouragée au cours de ces années de médecine. Sache qu'à mon tour je serai toujours là pour toi. À toi papa qui n'aura pas eu la fierté de voir l'aboutissement de mes études. Je n'ai rien lâché comme promis.
À Mamie Hélène, la célèbre ! Pour avoir pris soin de moi depuis mon plus jeune âge. On va enfin pouvoir l'ouvrir ce « pâté » ! À La Paille.
À Jérôme, mon Jéjé, pour ton amour. Pour ton soutien et ton optimisme. Pour ta relecture. À cette journée sur les bancs. À la Carolina !
À Didier et Monique, pour votre accueil bienveillant et votre générosité. À Sophie.
À mes vieux cousins Dédé et Monique. À ma famille.

À Julie, pour ta présence à chaque épreuve. Merci pour l'aide précieuse que tu m'as apportée dans ce travail et pour m'avoir encouragée sans relâche. Si on allait à Cabourg maintenant ?
À Romain, pour ta patience à chaque conversation téléphonique avec Juju ! Pour m'avoir présenté la Sentinelle et les Jumeaux. Merci pour le déclic et ton aide informatique.
À Hélène, pour tous ces moments de folie au chalet. À Jean-Phi.
À Alain et Sylvie.

À Eurydice pour nos pauses déjeuner. Pour ta relecture.
À mes amis Jadis, Paul, Cécile, Alice, Déborah, Céline, Aline, Nico le maître des flammes, Fabienne, Calou, Maryse, Franck et les autres.
Aux enfants, Prune, Zacharie, Martin, Zélie, Juliette, Camille, Lucas.
À Jean pour tes sourires. Merci de m'avoir prêté ta maman pour quelques heures de relecture !

À Marine Leleu, pour m'avoir permis de rester en forme.
Aux pélicans.

Merci.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Louis Pasteur

TABLE DES MATIÈRES

TITRE 1

REMERCIEMENTS 2

TABLE DES MATIÈRES 5

TABLE DES ABRÉVIATIONS 8

I. INTRODUCTION 9

II. ÉTAT DES CONNAISSANCES 10

1. Développement psychomoteur et ses troubles 10
    1.1. Définition du développement psychomoteur 10
    1.2. Repères du développement psychomoteur 10
        1.2.1. La motricité globale 10
        1.2.2. La motricité fine 11
        1.2.3. Les interactions sociales 11
        1.2.4. Le langage 12
    1.3. Troubles du développement psychomoteur 12
    1.4. Notion d'âges limites 12

2. Le médecin généraliste (MG) 13
    2.1. Définition de la médecine générale 13
    2.2. Rôle du MG dans le suivi pédiatrique en France 14
    2.3. Rôle du MG dans le dépistage du développement psychomoteur 14

3. Le CAMSP 16
    3.1. Historique 16
    3.2. Missions et textes juridiques 18
    3.3. Fonctionnement 19
    3.4. Partenaires 20
    3.5. Statut et financement 21

4. Le CAMSP de Dordogne 21
    4.1. Présentation 21
    4.2. Parcours de soins de l'enfant 22
    4.3. Bilan d'activité 2014 23
        4.3.1. Caractéristiques des enfants 23
        4.3.2. Qui oriente vers le CAMSP ? 24

III. OBJECTIF ET INTÉRÊT DE L'ÉTUDE 25

IV. MATÉRIELS ET MÉTHODE 26

1. Type d'étude 26
2. Méthode 26
    2.1. Genèse de la fiche réflexe 26
    2.2. Questionnaire 28
    2.3. Échantillonnage 29
    2.4. Mode d'administration du questionnaire 29
    2.5. Analyse statistique 30

V. RÉSULTATS 30

1. Caractéristiques de l'échantillon 30
    1.1. Âge, sexe et zone d'activité des participants et des non participants 30
    1.2. Caractéristiques des participants 32
        1.2.1. Mode d'exercice 32
        1.2.2. Date d'installation 32
        1.2.3. Activité en PMI et médecine scolaire 32
        1.2.4. Représentation des enfants de moins de 6 ans dans la patientèle 33
        1.2.5. Connaissance du CAMSP, orientation vers le CAMSP et suivi d'enfants qui sont ou ont été pris en charge au CAMSP 33
2. Présentation 34
3. Contenu de la fiche réflexe 35
    3.1. Apports du tableau sur le développement psychomoteur normal de l'enfant de 0 à 2 ans dans la pratique quotidienne 35
    3.2. Apports de la partie « Avis spécialisé à demander si… » dans la pratique quotidienne 36
    3.3. Missions du CAMSP 38
    3.4. Actions thérapeutiques du CAMSP 39
    3.5. Renseignements pratiques 41
4. Satisfaction et utilité 41
5. Propositions pour aider les MG dans la prise en charge des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur 42

VI. DISCUSSION 43

1. Méthode de l'étude et ses limites 43
2. Discussion des résultats 45
   2.1. Caractéristiques des participants 45
      2.1.1. Représentation des enfants de moins de 6 ans dans la patientèle 45
      2.1.2. Connaissance du CAMSP, orientation vers le CAMSP et suivi d'enfants au CAMSP 45
         a. Propositions des MG 45
         b. PMI et médecine scolaire 49
         c. Problème de dépistage 50
   2.2. Présentation 50
   2.3. Apports du tableau et de la partie « Avis spécialisé à demander si… » 52
   2.4. Apports de la partie sur les missions et les actions du CAMSP 53
   2.5. Satisfaction et utilité 55

VII. CONCLUSION 56

VIII. BIBLIOGRAPHIE 57

IX. ANNEXES 61

SERMENT D'HIPPOCRATE 72

TITRE ET RÉSUMÉ EN ANGLAIS 73

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS 74

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé

ANECAMSP : Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce

CAE : Centre d'assistance éducative

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CPAM: Caisse primaire d'Assurance maladie

DRESS: Direction régionale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute autorité de santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecin généraliste

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

PC : Périmètre crânien

PMI : Protection maternelle et infantile

SESSAD : Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile

I. INTRODUCTION

En France, la prévalence des anomalies de l'examen psychomoteur chez les enfants âgés de moins de 6 ans est estimée à 3 %[1].

Le médecin généraliste (MG) est un des acteurs principaux du suivi pédiatrique en France. Dans le parcours des soins primaires, il est amené à dépister, orienter et suivre ces enfants. Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des structures qui répondent à ces nécessités. Ils ont pour objet « le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci »[2]. Ils se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

En 2013 et 2014, on constate sur le bilan d'activité du CAMSP de la Dordogne que la Protection maternelle et infantile (PMI) et le secteur scolaire sont les premiers à y adresser des enfants. Une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) publiée en 2014 montre que les certificats des enfants sont majoritairement établis par les MG[3,4]. Pourquoi les MG ne sont donc pas les premiers à adresser les enfants au CAMSP ? Nous pouvons émettre deux hypothèses. D'une part que le CAMSP est une structure méconnue du MG et d'autre part qu'il n'existe pas actuellement d'outil adapté aux MG pour le dépistage du développement psychomoteur de l'enfant.

Devant ces constatations, nous nous sommes demandés quel serait l'outil le plus pertinent pour le MG afin de dépister précocement un enfant présentant des troubles du développement et de l'orienter vers une structure adaptée.
Une fiche réflexe a ainsi été élaborée dans le but d'aider et d'informer les MG dans leurs pratiques quotidiennes. Elle rappelle des éléments clés sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur de 0 à 2 ans et présente le CAMSP : ses missions, ses actions, ses contacts.

L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer la pertinence de cette fiche par des MG de la Dordogne.
Les objectifs secondaires ont été, grâce à cette fiche, d'aider les MG dans la prise en charge des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur et d'améliorer la collaboration entre les MG et le CAMSP.

II. ÉTAT DES CONNAISSANCES

1. Développement psychomoteur et ses troubles

1.1. Définition du développement psychomoteur

Le développement psychomoteur est lié à la maturation du système nerveux. Il concerne les acquisitions motrices mais aussi cognitives ainsi que les capacités d'interactions sociales de l'enfant. Au cours de son développement, l'enfant va acquérir des compétences selon son propre rythme en fonction de son capital génétique et de son environnement (déroulement de la grossesse, accouchement, alimentation, affection, stimulation). C'est ce que l'on appelle actuellement l'épigénétique. Ce développement psychomoteur propre à chaque individu est marqué par des étapes incontournables[5].

1.2. Repères du développement psychomoteur

Le développement psychomoteur est guidé par l'évaluation des quatre grands types d'acquisitions : la motricité globale, la motricité fine ou préhension, les interactions sociales et le langage. Dans une étude en 2004, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) publie les principaux éléments de ces quatre dimensions qui sont à rechercher[1].

1.2.1. La motricité globale

Les acquisitions de la motricité globale sont dépendantes du contrôle du tonus axial avec initialement une phase d'hypotonie, puis progressivement un contrôle tonique des muscles de l'axe selon une progression céphalo-caudale[6]. Cette progression du tonus permet :

- le contrôle de la tête à 3 mois ;
- la station assise avec appui latéral des mains à 6 mois ;
- la station assise sans appui à 7-9 mois ;
- la station debout avec appui à 9 mois ;
- la station debout sans soutien à 10-12 mois ;
- la marche autonome à 12-18 mois ;
- la montée des escaliers, la course et le saut sur les deux pieds à 18 mois.

1.2.2. La motricité fine

La motricité fine correspond à un développement des facultés de préhension et de manipulation d'objets. On retrouve comme étapes essentielles :

- la préhension au contact à 3 mois ;
- la préhension active et volontaire de l'objet à 4-5 mois ;
- le passage d'une main à l'autre à 6 mois ;
- l'opposition pouce-index à 9 mois ;
- la manipulation plus fine (test de la pastille dans une bouteille) à 12 mois ;
- réalisation d'une tour de 3 cubes, commence à manger seul à 18 mois ;
- réalisation d'une tour de 6-8 cubes, tourne les pages d'un livre à 24 mois.

1.2.3. Les interactions sociales

L'enfant apprend très progressivement à interagir avec les personnes. Il développe sa sociabilité dans un environnement d'abord essentiellement maternel puis familial. On retrouve comme étapes essentielles :

- la fixation du regard entre 0 et 3 semaines ;
- le sourire social (sourire « réponse ») à 6 semaines-3 mois ;
- le sourire sélectif à 3-6 mois ;
- le rire aux éclats à 4 mois ;
- la réponse à son prénom à 7-8 mois ;
- la peur de l'étranger à 8-9 mois ;
- la réponse à un ordre simple accompagné d'un geste (au revoir, bravo) à 9 mois ;
- l'accès à la fonction symbolique à 20 mois ;
- le « oui, non », obéit à un ordre simple, « jeu parallèle » à 24 mois.

1.2.4. Le langage

Il se développe en parallèle des interactions sociales[7]. On retrouve comme étapes essentielles :

- les gazouillis-voyelles à 3 mois ;
- les babillages-consonnes à 6 mois ;
- le « papa-maman » non spécifique (babille avec dissyllabes) à 8 mois ;
- le « papa-maman » approprié à 10 mois ;
- le jargon et 3 mots à 14-15 mois ;
- la nomination des cinq parties du corps à 18 mois ;
- l'explosion lexicale, la reproduction des sons et rythmes à 18-24 mois ;
- un vocabulaire de 50 mots, des phrases de 2-3 mots, le « je-moi-tu » à 24 mois.

1.3. Troubles du développement psychomoteur

Les troubles du développement psychomoteur se définissent comme la non acquisition de ces normes de développement aux âges programmés[6].
Ils se manifestent à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui[8]. Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression.
Tels qu'ils apparaissent chez l'enfant, ils peuvent être discrets et nécessitent une écoute attentive des inquiétudes parentales, une connaissance approfondie du développement normal, le recours à l'examen psychomoteur et à des investigations spécifiques.
Il est admis que pour une meilleure prise en charge de l'enfant et de sa famille, le dépistage de ces anomalies doit être le plus précoce possible[1,9].

1.4. Notion d'âges limites

L'absence d'acquisition d'un item isolé n'a pas en soi une nature pathologique et peut être vérifiée à distance par le MG. Plusieurs consultations sont parfois nécessaires pour identifier un trouble du développement. L'utilisation de test comme le test de Denver (annexe 1) ou l'échelle de Brunet-Lézine révisée[10] est préconisée par la Haute autorité de santé (HAS)[11]. En effet, ils permettent de mieux apprécier les variations individuelles.

Cependant, malgré cette variabilité individuelle du développement neurologique, une limite supérieure des acquis moteurs a été établie pour les enfants nés à terme[1]: tenue de tête au plus tard à 4 mois, tenue assise au plus tard à 9 mois, marche au plus tard à 18 mois.
Un retard dans ces acquisitions doit alerter le médecin et orienter l'enfant vers une prise en charge spécialisée. L'absence de babillage, de pointage ou autres gestes sociaux à 12 mois, l'absence de mots à 18 mois, l'absence de combinaisons spontanées de deux mots à 24 mois ou n'importe quelle perte de compétence (de langage ou sociale) à tout âge doit attirer l'attention du médecin[12]. Il s'agit en effet des signes d'alerte absolue de troubles envahissants du développement (dont l'autisme). Ces repères sont retrouvés par le MG dans le carnet de santé aux pages des 4e, 9e et 24e mois.

2. Le médecin généraliste

2.1. Définition de la médecine générale

En France, la médecine générale est une spécialité clinique depuis 2004 validée par un Diplôme d'études spécialisées. Elle est orientée vers les soins primaires.
La WONCA Europe, branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), définit le MG comme étant le premier contact avec le système de soins qui peut agir à un stade précoce de la maladie en prenant en compte les différences individuelles, familiales et communautaires[13]. Il utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, prend en charge les problèmes de santé aigus ou chroniques et répond à ses problèmes dans leurs dimensions physique, psychologique et sociale.
Le MG est chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent, indépendamment de leur âge, leur sexe et leur maladie.

2.2. Rôle du MG dans le suivi pédiatrique en France

Le suivi médical de la population générale est organisé par le MG depuis la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004[14]. Elle instaure, pour les personnes de plus de 16 ans, un nouveau dispositif qui repose sur le libre choix d'un médecin traitant. Son rôle est d'orienter les patients dans le parcours de soins primaires. Pour les moins de 16 ans, le suivi peut se faire par le MG, le pédiatre ou le médecin de PMI (jusqu'à l'âge de 6 ans), sans que l'ensemble du système de santé ne soit organisé. Cependant, les récentes études épidémiologiques révèlent la place importante du MG dans le suivi pédiatrique en France. Selon une étude de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés publiée en 2002[15], parmi les enfants de moins de 3 ans, 5 % ont vu uniquement un pédiatre, 40 % ont vu seulement un généraliste et 55 % ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. En 2007, la DRESS précise dans une enquête[16] que les enfants de moins de 16 ans constituent 13 % de l'ensemble des consultations et visites des MG. 88 % des jeunes patients qui consultent un MG le font dans le cadre d'un suivi régulier.

Dans le cadre d'une politique de santé orientée vers la prévention, le suivi pédiatrique s'organise autour de 20 examens médicaux obligatoires, remboursés par l'Assurance maladie, de la naissance à 6 ans[17] : le premier au 8e jour de vie, ensuite tous les mois de 1 à 6 mois, puis aux 9e, 12e, 16e, 20e et 24e mois, et enfin tous les 6 mois jusqu'à 6 ans. Les examens du 8e jour et des 9e et 24e mois, âges clés du développement de l'enfant, donnent lieu à la délivrance d'un certificat de santé destiné à la PMI[18]. En 2014, la DRESS publie les résultats d'une enquête réalisée en 2012 montrant que les certificats des nourrissons sont majoritairement établis par les généralistes que ce soit au 9e mois (53.9 % par les généralistes contre 45.3 % des pédiatres)[3] ou au 24e mois (57.5 % contre 41.5 %)[4].

2.3. Rôle du MG dans le dépistage des troubles du développement psychomoteur

Dans le cadre des 20 examens systématiques ou devant une inquiétude parentale, le praticien doit s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant. Une tâche difficile du fait d'une maturation cérébrale rapide avec des repères cliniques qui changent constamment selon l'âge. Il est donc essentiel pour tout praticien de maîtriser les points de repère sur ces étapes du développement. Leur interprétation doit évidemment être prudente du

fait de la grande variabilité individuelle. En cas de prématurité, le MG doit raisonner en âge corrigé (âge calculé à partir de la date du terme théorique) jusqu'à l'âge de 2 ans.
Le carnet de santé constitue un guide essentiel pour le MG dans le suivi du développement psychomoteur de l'enfant. En effet, les principales étapes du développement y sont repérées dans le temps aux 2e, 4 e, 9e et 24e mois. Dans sa dernière version en 2006, il comporte également tout au long des pages de suivi des repères chronologiques à destination du médecin mais aussi des parents. Ces repères ont pour but de mettre en valeur les observations des parents et de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé[19].

À chaque examen, les mensurations (poids, taille et périmètre crânien (PC)) de l'enfant sont prises par le praticien et doivent être consignées dans le carnet de santé. Dans ses recommandations de 2005 portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans[11], l'HAS souligne l'importance de mesurer le PC jusqu'à l'âge de 6 ans. Cette mesure a un intérêt particulier dans le cadre de la surveillance du développement neurologique. Le praticien doit reporter la mesure sur les courbes du carnet de santé correspondantes. La zone de croissance normale se situe entre deux dérivations standards. Les valeurs situées au-dessus définissent la macrocéphalie et celles situées au-dessous la microcéphalie. Chez les enfants ayant un PC < - 2 dérivations standards, qu'ils soient nés prématurément ou à terme, il existe un risque accru de difficultés intellectuelles, de troubles de la motricité fine et de difficultés d'apprentissage[1].

On ne peut évoquer le dépistage des troubles du développement psychomoteur sans inclure le dépistage neurosensoriel de l'audition et de la vision. En effet, un trouble sensoriel peut entraîner un retard d'acquisition[20]. Ainsi, le praticien retrouvera dans le carnet de santé aux examens des 2e, 4e, 9e et 24e mois des questions simples orientées vers le dépistage de troubles visuels ou auditifs. Une page d'information sur les troubles sensoriels est également destinée aux parents, page 16[19].

Le rôle du MG est ainsi défini dans le cadre de la prise en charge d'un enfant présentant des troubles du développement. Il se retrouve ainsi au cœur de la coordination des soins et oriente l'enfant vers une structure ou des médecins spécialistes adaptés selon la nature des troubles. Dans la pratique médicale actuelle, tout enfant chez qui le praticien met en évidence un retard d'acquisition du développement psychomoteur devrait faire l'objet d'une évaluation auprès d'un neuropédiatre, d'un CAMSP ou d'un service de soins formé en neuropédiatrie[1].

3. Le CAMSP

3.1. Historique

La création des CAMSP s'inscrit dans l'évolution de l'action médico-sociale des années 60. Auparavant, le diagnostic du handicap chez un enfant était souvent tardif et la prise en charge essentiellement basée sur la rééducation[21]. Les conséquences psychologiques, familiales et sociales de la déficience n'étaient qu'effleurées.

En 1965, un certain nombre de praticiens font valoir un regard différent avec des pratiques novatrices. Devant un enfant en difficulté de développement, ils préconisent une prise en charge précoce et globale de l'enfant. Parmi ces médecins, le Dr Roger Salbreux, pédopsychiatre, travaille à l'Association nationale des infirmes moteurs cérébraux, laquelle a constitué en son sein un comité médical. Il travaille à la création de consultations spécialisées précoces et à la mise en place d'examens de santé à la naissance et à dates fixes[22]. Il réfléchit également à la manière d'aider les parents en répondant globalement à tous les besoins de l'enfant présentant des troubles.

De son coté, le Dr Monique Hyon-Jomier, neuropédiatre, également membre du Comité médical des infirmes moteurs cérébraux, utilise une consultation de PMI de l'hôpital Bichat pour dépister dès leur plus jeune âge les infirmes moteurs cérébraux.

En 1967, à l'occasion d'un colloque, ces pionniers apprennent l'existence d'une consultation à Berne, en Suisse, dont les pratiques valident leurs convictions. Le Dr Elisabeth Köng, pédiatre, dirige cette consultation de dépistage et de traitement précoce auprès des bébés à risques (prématurés, réanimés…). Elle prône une prise en charge précoce des enfants handicapés moteurs et une approche positive des ressources éducatives des parents[23].

En 1969, convaincu de la nécessité de créer des structures d'action médico-sociale précoce, le Dr Salbreux travaille sur les premiers textes concernant la création des CAMSP.

Entre 1970 et 1971, en attendant que le ministère de la Santé légifère sur la création de ces centres, « des embryons » de CAMSP se constituent à Paris, notamment à l'Institut de puériculture. Ce grand centre de néonatalogie compte 110 lits réservés aux prématurés qui sont des bébés à risque. Dans un premier temps, deux puéricultrices et deux kinésithérapeutes rejoignent l'équipe médicale et ouvrent une consultation dans laquelle sont vus systématiquement tous les bébés sortis de néonatalogie, nés à moins de 1500 g ou à moins de 32 semaines d'aménorrhée. Puis la consultation s'élargit et accueille les bébés à risque social (mère souffrant d'addiction à l'alcool ou à la drogue, de psychose, ou en situation de grande pauvreté…) et l'équipe s'agrandit avec un psychanalyste, une psychologue, une

psychomotricienne, une éducatrice de jeunes enfants… Ce service deviendra ensuite le premier CAMSP.

En parallèle, Mme Janine Lévy, kinésithérapeute, part se former à Berne auprès du Dr Köng. Travailler le plus tôt possible avec les parents et leurs enfants lui apparaît alors comme une évidence. De retour à Paris, avec le soutien de quelques médecins hospitaliers, elle ouvre une consultation rue de Charenton avec deux préoccupations : la transformation des lieux d'accueil des tout-petits et l'accompagnement des jeunes enfants porteurs de handicap et de leurs familles. En 1971, elle crée, avec le Pr Richard, le Centre d'aide à l'enfant, le CAE de la rue du Colonel-Rozanoff. Dans ces locaux de 600 m², l'ergonomie, les cloisonnements, l'ameublement, les volumes et les couleurs des pièces sont pris en compte. L'équipe du CAE a été un point de départ d'actions originales et spécifiques développées en faveur de l'accueil et de l'intégration de l'enfant dans sa famille et dans la société[24].

C'est à l'occasion de la préparation de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 qu'un article 3 a pu être soumis à la représentation nationale. Celui-ci engage l'État à créer des structures vouées à la prévention, au dépistage et à l'accompagnement précoces des situations à risque de handicap. Le fonctionnement technique des CAMSP s'est précisé par décret n° 76-386 du 15 avril 1976[2]. Ce décret, plus connu sous le nom d'annexe XXXII bis au décret du 9 mars 1956 modifié, définit le rôle des CAMSP.

Une fois installé, le CAE fut souvent sollicité par des équipes qui créaient de nouvelles structures. De nombreuses réunions eurent lieu dans ses locaux. En 1982, une association loi 1901 regroupant ces visiteurs est créée : l'Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP). Cette association a pour objectif de rassembler les compétences, d'échanger sur des thèmes de réflexion autour de l'action précoce et de devenir un lieu de rencontre[23].

3.2. Missions et textes juridiques

Les missions des CAMSP se précisent au fils des années à travers différentes lois organisant l'action médico-sociale en France. Trois textes principaux encadrent et définissent leurs missions.

- Le décret n° 76-386 du 15 avril 1976[2].

« Les centres d'action médico-sociale précoce ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. »

Ce décret confère aux CAMSP un large éventail de missions[25] :

- le dépistage et le diagnostic précoces des déficits ou des troubles ;
- la prévention ou la réduction des conséquences invalidantes de ces déficits ;
- une cure ambulatoire et une rééducation précoce des enfants présentant un déficit ou un handicap ;
- un accompagnement et un soutien des familles (en consultation ou à domicile) lors de l'annonce du handicap et dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant ;
- le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative.

Ce texte fait apparaître trois autres particularités : la pluridisciplinarité de l'équipe, le caractère itinérant de l'action préventive spécialisée et la diversité possible des locaux d'accueil. L'action médico-sociale précoce n'est pas le domaine réservé des CAMSP. Toutes les structures de la petite enfance y participent, mais c'est souvent dans les CAMSP que se fait la coordination[26].

- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale[27].

Elle consacre notamment la prise en charge et l'accompagnement individualisés de qualité, favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion adaptés à l'âge et aux besoins de l'enfant.

Elle garantit la participation directe de l'enfant ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne[25].

- La loi n°2005-102 du 11 février 2005[28] pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elle affirme le droit à la scolarisation des enfants handicapés dans le milieu ordinaire et la nécessité de mettre en place les conditions optimales de la scolarisation. Elle prévoit de construire avec l'enfant et sa famille un parcours qui va lui permettre de s'insérer dans la collectivité.
Le droit à compensation à toute personne handicapée est désormais reconnu comme un droit universel et s'impose comme le pilier juridique sur lequel peuvent s'appuyer les parcours de vie des personnes handicapées. Ce droit à compensation implique, dans l'intérêt de l'enfant, une intervention et un accompagnement le plus tôt possible.

Cette loi crée une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département sous la direction du Conseil départemental. La MDPH a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée ainsi qu'une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne. Les MDPH permettent ainsi la reconnaissance des droits des personnes handicapées.

3.3. Fonctionnement

La plupart des CAMSP sont polyvalents, c'est-à-dire qu'ils accueillent l'ensemble des enfants quels que soient leurs déficiences et leurs besoins. Quelques CAMSP peuvent accueillir principalement des enfants atteints de troubles du spectre autistique. D'autres sont spécialisés dans les déficiences visuelles, auditives ou motrices[29]. En 2014, d'après le fichier national des établissements sanitaires et sociaux, les CAMSP couvrent la quasi-totalité du territoire national avec 342 services et antennes[25]. Tous les départements ont au moins un CAMSP.
La composition de l'équipe des CAMSP est fixée par le décret de 1976 en fonction de son caractère polyvalent ou spécialisé. Le centre est placé sous la responsabilité d'un directeur, qui peut être un médecin agréé par le Préfet. Si le directeur n'est pas médecin, il est assisté par un médecin directeur technique. Le médecin d'un CAMSP polyvalent doit justifier de la qualification en pédiatrie ou en psychiatrie de l'enfant ou de l'adolescent. Dans un CAMSP spécialisé, il doit posséder la qualification correspondante. Le décret fixe une liste minimale

de professionnels : « *de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, tant que de besoin, d'autres techniciens* »[2]. Les traitements sont effectués sous l'autorité d'un médecin.

L'accès au CAMSP est facilité sur le plan administratif : les parents s'adressent directement au CAMSP et inscrivent leur enfant qui n'a pas besoin de disposer d'une notification d'orientation par la MDPH. Cet accès direct est un atout pour préserver la continuité du parcours repérage - dépistage - diagnostic - soins - prévention surhandicap - accompagnement de l'enfant et de ses parents. L'accompagnement global proposé par les CAMSP les distingue de la prise en charge médicale libérale ou hospitalière, le plus souvent axée uniquement sur le dépistage, le diagnostic ou encore les soins[25].

Les interventions réalisées ne nécessitent pas l'avance des frais pour les parents, et les frais de transport liés aux soins ou aux traitements sont pris en charge par l'Assurance maladie[30].

3.4. Partenaires

Les CAMSP travaillent avec divers partenaires au regard des nombreuses missions qui leurs sont attribuées :

- le secteur sanitaire : les médecins hospitaliers et libéraux, les centres médico-psychologiques (CMP), les réseaux de santé ;
- la protection de l'enfance : l'Aide sociale à l'enfance, les pouponnières ;
- le secteur social : la PMI, le service social du département ;
- le secteur médico-social : les autres CAMSP, les Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP), le Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD), le Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce, le Centre ressource autisme, la MDPH ;
- le secteur de l'Éducation nationale : enseignants, médecins scolaires, psychologues scolaires ;
- le secteur de la petite enfance : crèche, halte-garderie, centre de loisirs.

3.5. Statut et financement

Les CAMSP peuvent avoir un statut public ou privé à but non lucratif. Ils peuvent être gérés par[29]:

- une association, une fondation ;
- un groupement d'intérêt public ;
- un établissement hospitalier, interhospitalier ;
- une collectivité territoriale ;
- la Caisse du régime générale de la Sécurité sociale.

Le financement définit par l'article L.2118-8 du code de la santé publique est double : 80 % par l'Assurance maladie au titre de l'activité de soins et 20 % par le Conseil départemental au titre de la contribution à la PMI. L'autorisation est accordée conjointement par l'Agence régionale de santé (ARS) et le président du Conseil départemental.

4. Le CAMSP de la DORDOGNE

4.1. Présentation

Le CAMSP de la Dordogne a été agréé en 1977. Il est géré par le Conseil départemental dans le cadre du pôle PMI-Action de Santé. Il est subdivisé en trois antennes : Périgueux, Bergerac et Terrasson.

Il n'existe pas de sectorisation définie. La zone d'attraction de chaque antenne est de 30 km environ. Le nombre de places agréées n'est pas limitatif.

La direction administrative est assurée par le chef de service administratif du CAMSP sous la hiérarchie de la Direction de la solidarité et de la prévention du Conseil départemental-Pôle PMI-Action de santé.

Chaque antenne dispose d'une équipe pluridisciplinaire : médecin pédiatre (responsable des soins), infirmière-puéricultrice, psychologue, psychomotricien, orthophoniste et secrétaire. Il est prévu que des consultations pédopsychiatriques complètent ce dispositif.

4.2. Parcours de soins de l'enfant

Les demandes sont faites par les parents, soit de leur propre initiative, soit sur les conseils des médecins, des travailleurs sociaux ou des enseignants s'occupant des jeunes enfants. Ils doivent contacter le secrétariat du CAMSP pour obtenir un premier rendez-vous de consultation. La première consultation est réalisée par un pédiatre (le médecin directeur technique). Elle permet de faire connaissance avec l'enfant et sa famille, d'accueillir la demande et d'aider à formuler les préoccupations qui les amènent à consulter. En cas de besoin, une deuxième consultation sera possible avec le pédiatre, en binôme avec un autre professionnel de l'équipe.

En fonction des éléments repérés lors de cette ou ces consultations, le choix du type de bilan sera fait par le médecin technique, en lien avec l'équipe. Ces bilans concernent des retards des acquisitions, des difficultés psychologiques, relationnelles ou comportementales. Le bilan est un temps d'évaluation et de compréhension des difficultés de l'enfant, dans son contexte social et familial. Il peut être réalisé au cours d'une consultation individuelle ou en petits groupes d'enfants par un ou plusieurs professionnels, en présence ou non des parents. En cas de nécessité, une convention avec les centres hospitaliers (CH), notamment, facilite la mise en place de bilans spécialisés complémentaires. Il est possible qu'après la première consultation aucun bilan ne soit jugé utile par le médecin. L'enfant sera alors revu en consultation par ce dernier tous les 3 à 6 mois en fonction de son âge et de sa vulnérabilité. Dans la mesure où l'enfant a été adressé au CAMSP, une surveillance est préconisée.

Le ou les bilans réalisés font l'objet d'une synthèse en équipe, où peuvent être associés des professionnels extérieurs concernés par la situation, en accord avec les parents. L'invitation et la participation à cette synthèse du MG ou du pédiatre qui suit l'enfant est en cours de projet. Cette synthèse donne lieu à un compte rendu conservé dans le dossier médical de l'enfant. À la suite de cette synthèse a lieu la restitution du ou des bilans à la famille avec des propositions éventuelles de soins émises par l'équipe. Le projet de soins est alors élaboré avec les parents et l'enfant en fonction de son âge et fait l'objet d'un Document individuel de prise en charge.

L'enfant est pris en charge individuellement ou en groupe, avec ou sans ses parents ou les adultes qui en ont la charge. Ces prises en charge peuvent se dérouler à l'intérieur du CAMSP ou dans tout autre lieu présentant un intérêt thérapeutique. Des consultations avec des professionnels libéraux sont mises en place si nécessaire (orthophonistes, neuropsychologues et kinésithérapeutes notamment). Les assistantes sociales de secteur ou de la MDPH peuvent aussi intervenir[31].

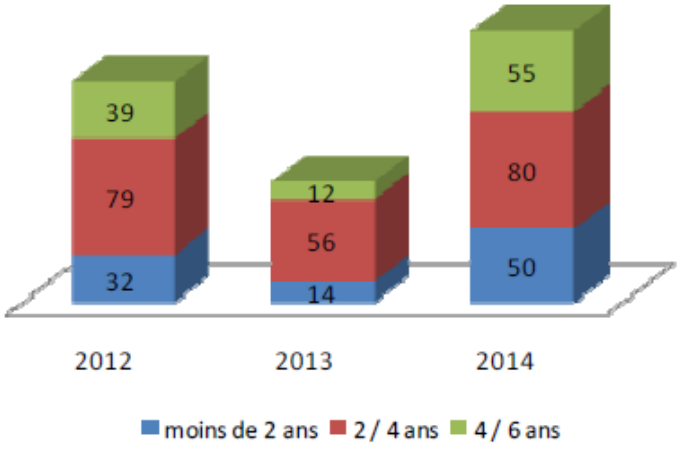
Jusqu'à présent, le projet de soin fait l'objet d'une réévaluation au moins une fois par an. Le médecin-directeur technique revoit l'enfant tous les 4 mois et adapte les soins proposés en fonction de l'évolution. Des rencontres entre le médecin et les professionnels s'occupant de l'enfant sont prévues avant et après chaque consultation médicale.

L'arrêt de la prise en charge peut être décidé par l'équipe thérapeutique en accord avec les parents, au plus tard aux 6 ans de l'enfant, ou à tout moment sur simple demande des parents. Si cela est justifié, un relais vers une autre structure de soins (établissements de soins adaptés, CMP, spécialistes libéraux…) est mis en place.

4.3. Bilan d'activité 2014

4.3.1. Caractéristiques des enfants

En 2014, 283 enfants ont été suivis au CAMSP de la Dordogne dont 185 étaient des nouveaux inscrits. Ce nombre est en nette progression par rapport à 2013 : on comptait alors 81 nouveaux inscrits pour 268 enfants suivis. Il existe une augmentation générale du nombre d'enfants inscrits entre 1 et 3 ans[32].



Répartition des nouveaux enfants inscrits selon l'âge de 2012 à 2014[32]

Parmi ces 185 enfants, on retrouve comme motif de première consultation :

- 31 % de troubles instrumentaux ;
- 29 % de troubles du comportement ;
- 10 % de troubles des fonctions élémentaires ;
- 6 % de troubles à expression somatique ;
- 6 % de manifestations de souffrances psychologiques ;
- 4 % de nouveau-nés vulnérables ;
- 4 % de difficultés parentales ;
- 2 % de bilan global ;
- 8 % autres.

Les troubles du comportement et les troubles instrumentaux sont majoritaires.
Au moment de l'inscription, les retards de langage, les retards psychomoteurs et les difficultés en motricité fine sont répertoriés en troubles instrumentaux.
Les nouveau-nés vulnérables regroupent les prématurés inférieurs à 33 semaines d'aménorrhée, les nouveau-nés qui ont séjourné en réanimation néonatale avec un score Sarnat à 2 ou 3 et les nouveau-nés vulnérables sur le plan social.

4.3.2. Qui oriente vers le CAMSP ?

Le secteur scolaire et la PMI associés sont les premiers prescripteurs d'une orientation vers le CAMSP (34 %). Le secteur sanitaire vient en seconde position. Ce secteur regroupe les CH, les pédiatres libéraux et les MG. Grâce à un partenariat renforcé avec le CH de Périgueux depuis 2014, le nombre d'enfants adressés par le secteur sanitaire est croissant (27 % en 2014 contre 17 % en 2013). L'orientation par les MG et les pédiatres libéraux est faible.

III. OBJECTIF ET INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Nous savons que dépister le plus tôt possible une anomalie du développement psychomoteur permet une prise en charge précoce et adaptée de l'enfant et sa famille. Nous avons vu que devant ce type de troubles, une orientation vers un neuropédiatre ou un CAMSP est nécessaire. Aucun neuropédiatre ne consulte en Dordogne, les plus proches se trouvent à Bordeaux, Libourne, Limoges ou Brive. Les trois antennes du CAMSP de la Dordogne sont des possibilités de proximité pour les médecins du département.

Le nombre d'enfants adressés au CAMSP par les MG est faible en Dordogne. On peut se demander pourquoi le médecin de famille, qui est l'observateur privilégié des acquisitions psychomotrices du nourrisson puis de l'enfant, n'est pas le premier à orienter vers le CAMSP. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ceci est lié à une méconnaissance de l'existence du CAMSP ou du moins de son fonctionnement et de ses missions. Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, mais ce phénomène ne serait pas spécifique à la Dordogne : une thèse sur le lien entre les MG et le CAMSP de Saint-Brieuc (Côtes-d'Armor) souligne la méconnaissance des MG de cette structure[33]. L'hypothèse qu'il n'existe pas d'outil adapté aux MG pour le dépistage des troubles du développement psychomoteur de l'enfant peut également être une explication de cette faible proportion d'enfants adressés.

Devant ces constatations, nous avons décidé de créer une fiche réflexe comportant des éléments clés sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans et sur le CAMSP.

L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer la pertinence (satisfaction et utilité) de cette fiche par des MG de la Dordogne. Si 75 % des réponses étaient favorables, la diffusion de la fiche était envisageable. Si ce pourcentage n'était pas atteint pour l'une des deux questions, la fiche aurait dû être modifiée et une nouvelle enquête réalisée.
Les objectifs secondaires ont été, grâce à cette fiche, d'aider les MG dans la prise en charge des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur et d'améliorer la collaboration entre les MG et le CAMSP.

IV. MATÉRIELS ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale réalisée du 31 mars 2016 au 2 mai 2016 à l'aide d'un questionnaire auprès de 40 MG installés en Dordogne.

2. Méthode

2.1. Genèse de la fiche réflexe

Cette fiche a pour vocation d'aider les MG à organiser une prise en charge précoce des enfants de 0 à 2 ans présentant des troubles du développement psychomoteur en les orientant vers le CAMSP. Elle comporte des éléments clés du développement psychomoteur auxquels nous avons associé des informations sur le fonctionnement, les actions et les contacts du CAMSP. Cette fiche papier est en couleur et au format A4, pliée en trois volets et comportant six faces. Elle a été élaborée à l'aide du logiciel informatique Publisher.

- **Première face :**

La page de couverture présente le sujet : « le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans, pour une orientation précoce ».

- **Deuxième face :**

Elle est composée de deux parties : la première énumère les différentes missions du CAMSP et la deuxième cite les textes de références qui ont servi de support à son élaboration.

- **Troisième et quatrième faces :**

Elles sont consacrées au développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans. L'objectif est d'aider le MG avec des repères simples dans le dépistage des troubles, sans être exhaustif. Nous voulions créer un outil facile d'accès qui reprenne des éléments d'acquisition du développement psychomoteur à rechercher, en introduisant la notion d'âge d'alerte. Pour cela, nous nous sommes inspirés d'une fiche flash d'information destinée aux MG d'Auvergne sur les troubles du développement psychomoteur réalisée et diffusée en 2004 (annexe 2). Cette

fiche faisait suite à un travail de thèse sur l'intérêt du carnet de santé par les MG dans le suivi de développement psychomoteur de l'enfant de la naissance à 2 ans[34].
La troisième face est un tableau qui reprend les différentes étapes du développement psychomoteur. Il est construit selon le modèle de Denver en présentant les acquisitions de la motricité globale, de la motricité fine, du langage et du contact social à 3, 6, 9, 12 et 24 mois.
La quatrième face intitulée « Avis spécialisé à demander si…» cible les situations qui doivent faire suspecter un retard des acquisitions posturales, des acquisitions motrices, du langage, un trouble de l'interaction sociale ou un trouble sensoriel.

- **Cinquième face :**

Elle est composée de deux parties. La première présente les différentes actions thérapeutiques du CAMSP et précise les modalités de prise en charge. La seconde présente l'équipe coordinatrice.

- **Sixième face :**

Elle présente les renseignements pratiques (adresses, numéros de téléphone, de fax et e-mails) des antennes de Bergerac, Périgueux et Terrasson.

Afin de nous assurer de la fiabilité des données, nous l'avons soumise à la relecture par des médecins spécialistes des Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux et Limoges qui travaillent avec le CAMSP de Dordogne. Douze médecins ont été sollicités par courrier sur la base du volontariat (annexe 3), sept ont participé à cette relecture : neuropédiatres, médecins rééducateurs fonctionnel et médecins responsables de CAMSP. Nous avons pris en considération les modifications suggérées notamment sur les acquisitions du développement psychomoteur de l'enfant. Ces modifications sont en accords avec la zone du test de Denver où 75 à 90 % de la population normale réussit l'épreuve (cf annexe 1). En effet, nous nous étions basé sur la zone la zone 25 - 50 %.
Une part des modifications intéressait le tableau de développement normal de l'enfant.

- Au niveau de la motricité globale, nous avions écrit qu'à 6 mois l'enfant tient assis sans support, ce qui est trop précoce. Nous l'avons décalé à 9 mois et avons remplacé à 6 mois par « se retourne seul sur le ventre ou sur le dos ». À 12 mois, nous avons remplacé « marche stable » par « marche avec aide ».
- Au niveau de la motricité fine, les modifications apportées s'articulent autour de la préhension. Nous avons rajouté à 3 mois « préhension au contact » en plus de « suit des yeux sur 180° ». À 6 mois, nous avions écrit « attrape par préhension

vers l'objet », nous l'avons remplacé par « saisit l'objet d'une main à l'autre » et « préhension volontaire ».

L'autre part des modifications concernait la partie « Avis spécialisé à demander si… » avec une réorganisation des items en deux catégories :

- retard des acquisitions posturales et motrices ;
- retard ou absence de communication verbale et/ou trouble de l'interaction sociale, dépistage sensoriel.

Pour finir, des corrections orthographiques et de mise en forme ont été faites.

L'annexe 4 correspond à la première version de la fiche réflexe et l'annexe 5 correspond à la version qui a été présentée aux MG après relecture par les médecins spécialistes.

2.2. Questionnaire

Le questionnaire (annexe 6), sur support papier, comporte au total trente-trois questions. Nous l'avons construit en deux parties. La première recueille des informations personnelles sur le MG et sur ses liens avec le CAMSP et comporte onze questions fermées. La deuxième correspond à l'analyse de la fiche réflexe et se divise en quatre parties :

- avis sur la présentation générale de la fiche comportant cinq questions dont trois fermées et deux mixtes ;
- avis sur la pertinence des différentes parties de la fiche comportant treize questions dont huit fermées, trois mixtes et deux ouvertes ;
- évaluation de la fiche réflexe comportant trois questions fermées ;
- avis sur les aides à apporter aux MG dans le cadre de la prise en charge des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur qui correspond à une question ouverte.

La faisabilité et la cohérence du questionnaire doivent être testées sur 1 à 10 % de l'effectif total de l'échantillon[35]. Celui-ci a été testé auprès de trois MG avant le démarrage de l'enquête.

2.3. Échantillonnage

Nous avons choisi d'évaluer cette fiche réflexe sur un échantillon de 40 MG installés dans le département de la Dordogne. Une base de données exhaustive était nécessaire pour réaliser un échantillonnage aléatoire. Nous avons choisi celle de l'hôpital de Périgueux, mise à jour annuellement. En 2016, elle répertorie 486 MG installés en Dordogne. Ont été exclu avant le tirage au sort les 3 MG que je remplace régulièrement. Le tirage au sort a eu lieu le 11 mars 2016 sous la direction du médecin responsable du service d'information médicale de l'hôpital de Périgueux. Il a été réalisé via la fonction « random » du logiciel Microsoft Excel. Nous avons ainsi obtenu un classement aléatoire de 40 MG.
Je contactais chaque MG par téléphone et après l'explication des objectifs de notre étude, un rendez-vous était programmé. Si un MG refusait de participer à notre enquête, je recueillais le motif de son refus, son âge, son sexe et la zone de son activité.

2.4. Mode d'administration du questionnaire

Dans une enquête par questionnaire, plusieurs modes d'administration sont possibles[35] : en face à face, par téléphone, auto-administré par courrier postal et auto-administré par internet. Nous avons choisi le mode d'administration en face à face. Chacun des MG ont été rencontré dans leur cabinet médical pendant leur temps de consultation. Les questions étaient posées à l'oral et les réponses récoltées à l'écrit. Dans un premier temps, les objectifs de notre enquête étaient rappelés et les données de la première partie du questionnaire étaient recueillies. Le MG découvrait la fiche avant de passer à la seconde partie du questionnaire. Il leur était précisé qu'aucune réponse ne leur serait donnée à d'éventuelles questions concernant le CAMSP ou la fiche. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés[36], l'anonymat des médecins interrogés a été respecté avant toute analyse.

2.5. Analyse statistique

L'exploitation des données a été réalisée avec le logiciel Microsoft Excel et les résultats ont été présentés en pourcentages. Nous avons utilisé la technique du post codage pour l'analyse des questions ouvertes[35]. Cette technique repose sur un travail de classification : après lecture de l'ensemble des réponses à la question, il s'agit de repérer les réponses qui paraissent proches et de définir des catégories permettant de les regrouper.

V. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Le taux de participation de notre enquête a été de 75 %. Nous avons contacté par téléphone 40 MG et 30 ont accepté de participer. Parmi les 10 MG ne pouvant participer, 2 MG prenaient leur retraite en mars 2016 et 8 n'avaient pas de temps à nous accorder.

1.1. Âge, sexe et zone d'activité des participants et des non participants

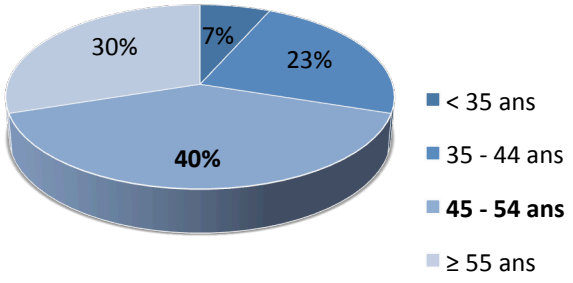


Figure 1 : Répartition selon l'âge des participants

Parmi les 30 participants, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 45-54 ans. Seulement 7 % des MG *(2)* ont moins de 35 ans.

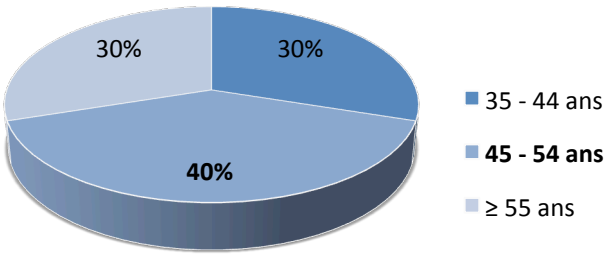


Figure 2 : Répartition selon l'âge des non participants

Parmi les 10 non participants, la tranche d'âge la plus représentée est aussi celle des 45-54 ans (40 % soit 4 MG). La tranche des moins de 35 ans n'est pas représentée.

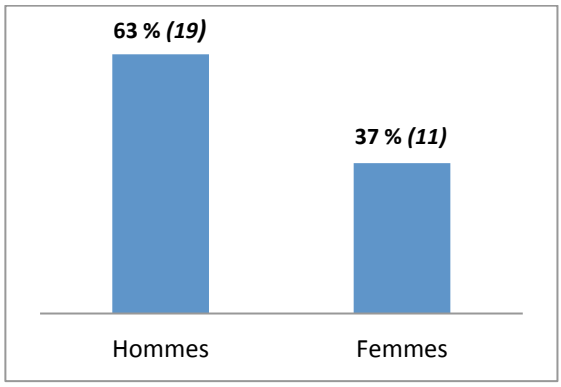


Figure 3 :
Répartition par sexe chez les participants

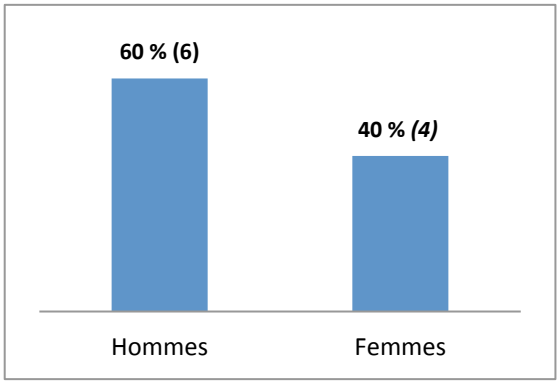


Figure 4 :
Réparation par sexe chez les non participants

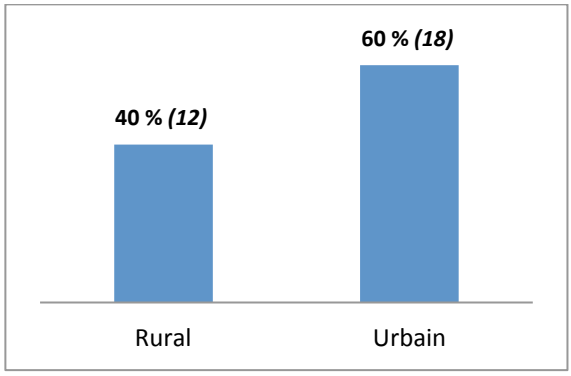


Figure 5 :
Répartition par zone d'activité chez les participants

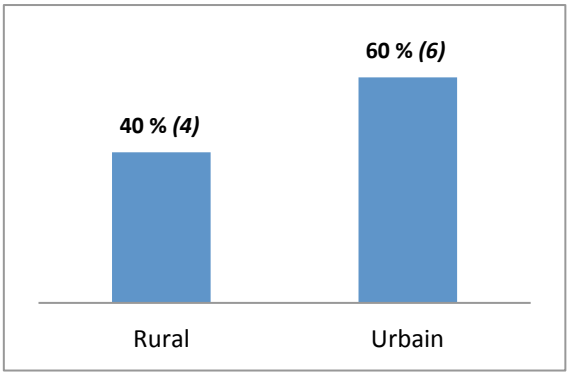


Figure 6 :
Répartition par zone d'activité chez les non participants

La répartition des sexes est équivalente chez les participants et les non participants. Celle des zones d'activités est identique.

1.2. Caractéristiques des participants

1.2.1 Mode d'exercice

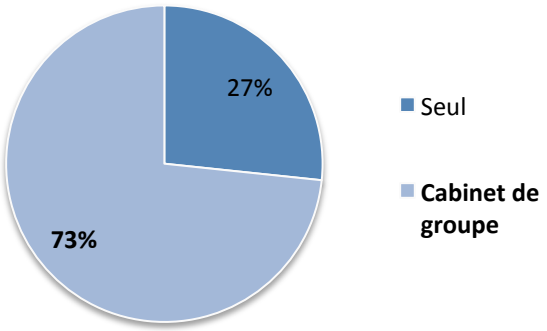


Figure 7 : Répartition selon le mode d'exercice

Les MG interrogés sont plus nombreux à travailler en cabinet de groupe : 73 % *(22)*.

1.2.2. Date d'installation

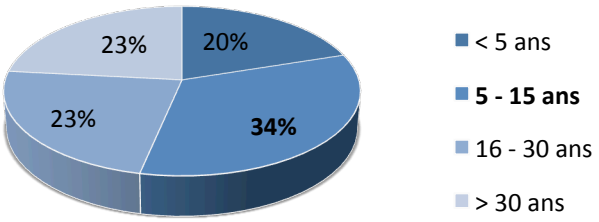


Figure 8: Répartition selon le nombre d'années d'installation

Plus d'un tiers (34 % (*10*)) sont installés depuis 5 à 15 ans.

1.2.3. Activité en PMI et médecine scolaire

Nous avons rencontré un seul MG exerçant une activité de PMI en parallèle de son activité libérale. Aucune activité en médecine scolaire n'a été répertoriée.

1.2.4. Représentation des enfants de moins de 6 ans dans la patientèle

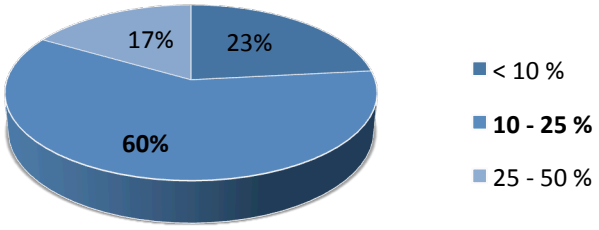


Figure 9 : Répartition des enfants de moins de 6 ans dans la patientèle

Plus de la moitié des MG comptent entre 10 et 25 % d'enfants de moins de 6 ans dans leur patientèle et 17 % en comptent entre 25 et 50 %. Aucun MG n'a plus de 50 % d'enfants de moins de 6 ans dans sa patientèle.

1.2.5. Connaissance du CAMSP, orientation vers le CAMSP et suivi d'enfants qui sont ou ont été pris en charge au CAMSP.

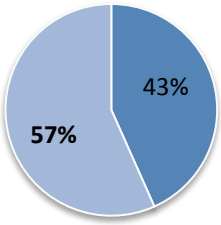


Figure 10 : Connaissance

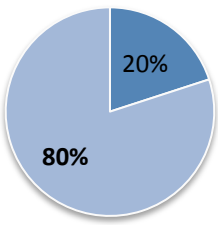


Figure 11 : Orientation

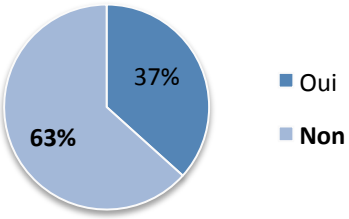


Figure 12 : Suivi d'enfants

57 % *(17)* ne connaissent pas le CAMSP, seulement 20 % *(6)* ont déjà adressé un enfant au CAMSP et 37 % *(11)* ont déjà suivi un enfant qui est ou a été pris en charge au CAMSP.

2. La présentation

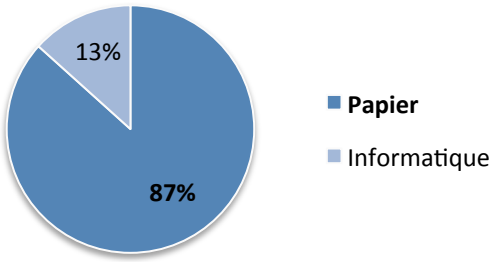


Figure 13 : Préférence du type de support

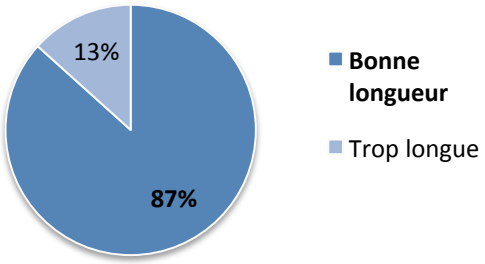


Figure 14 : Avis sur la longueur de la fiche

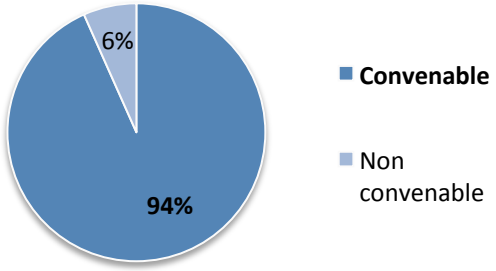


Figure 15 : Avis sur l'ordonnancement des pages

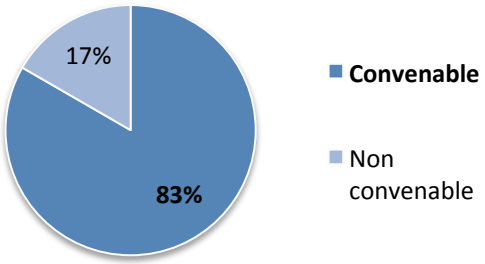


Figure 16 : Avis sur la présentation générale

Le support papier convient à la majorité des MG. Seulement 13 % *(4)* préfèreraient un support informatique.

La majorité des MG estiment que la longueur de cette fiche est correcte, 13 % *(4)* la trouvent trop longue et aucun ne la trouve trop courte.

L'ordonnancement des pages convient à la majorité des MG. Les 6 % non satisfaits *(2)* répondent qu'ils préfèreraient que les renseignements pratiques et les noms des intervenants se situent en première page.

La présentation générale convient à 83 % des MG *(25)* et ne convient pas à 17 % *(5)*. Chez les non satisfaits, 2 trouvent qu'il manque un titre au tableau du développement psychomoteur, 1 souhaiterait que le tableau soit dans le sens vertical et 2 trouvent que la partie « Les textes » pourraient occuper une moindre place.

3. Contenu de la fiche réflexe

3.1. Apports du tableau sur le développement psychomoteur normal de l'enfant de 0 à 2 ans dans la pratique quotidienne

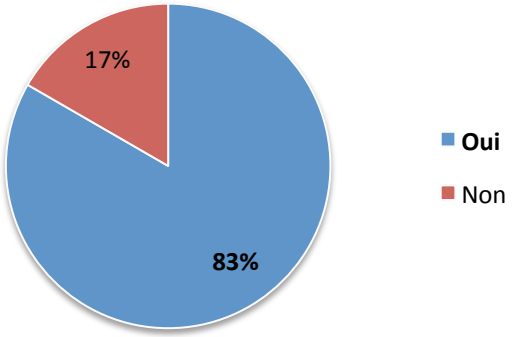


Figure 17 : Le tableau de développement normal de l'enfant peut-il vous aider dans votre pratique ?

83 % *(25)* des MG affirment que le tableau les aidera dans leur pratique et 17 % *(5)* déclarent qu'il ne les aidera pas.

* Parmi les 25 MG qui affirment que le tableau les aidera dans leur pratique, 100 % affirment qu'il est un mémo pratique et 32 % *(8)* déclarent qu'ils n'ont pas d'outil équivalent. 12 % *(3)* choisissent la proposition « autre » en précisant que ce tableau est plus facile d'accès qu'un support informatique.

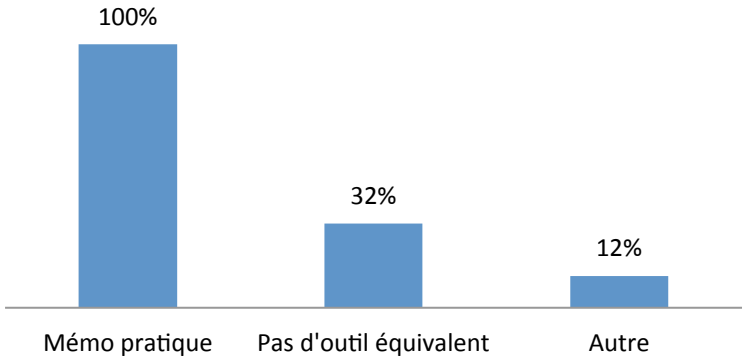


Figure 18 : Justification de l'aide apportée par le tableau dans la pratique

* Parmi les 5 MG qui déclarent que le tableau ne les aidera pas dans leur pratique, 60 % *(3)* se justifient par des connaissances déjà acquises. Aucun ne déclare avoir un outil équivalent en sa possession. La proposition « autre » a été choisie par 60 % *(3)* : 1 MG trouve ce tableau inutile car la partie « avis spécialisé à demander si… » est suffisante selon lui et 2 MG pensent qu'il est trop restrictif et qu'il ne tient pas compte des différences individuelles ni du contexte familial de chaque enfant.

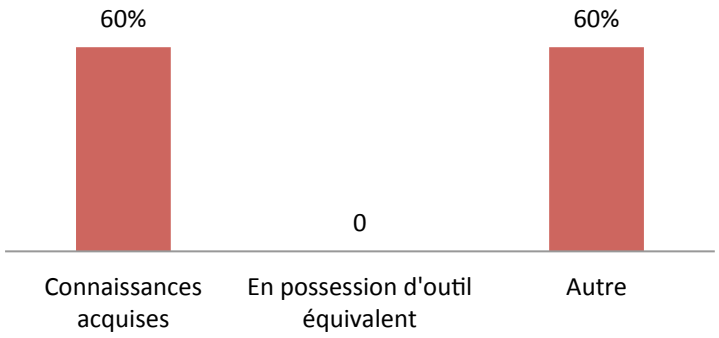


Figure 19 : Justification de l'inutilité du tableau dans la pratique

3.2. Apports de la partie « Avis spécialisé à demander si… » dans la pratique quotidienne

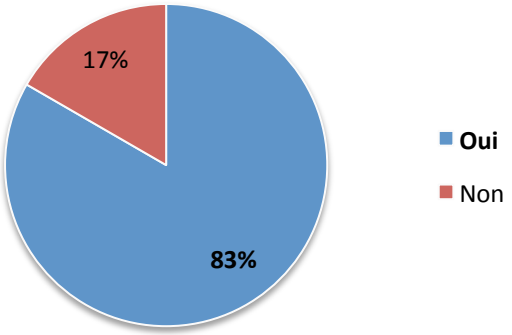


Figure 20 : La partie « Avis spécialisé à demander si… » peut-elle vous aider dans votre pratique ?

83 % *(25)* affirment que la partie « Avis spécialisé à demander si… » les aidera dans leur pratique contre 17 % *(5)* qui déclarent qu'elle ne les aidera pas.

* Parmi les 25 MG affirmant que cette partie les aidera dans leur pratique, 84 % *(21)* déclarent qu'elle est un mémo pratique, 40 % *(10)* ne possèdent pas d'outil équivalent et 12 % *(3)* ont choisi la proposition « autre » : 1 MG nous dit que cette partie vient compléter les données du tableau et 2 précisent qu'elle peut conforter le médecin en cas de doute diagnostic.

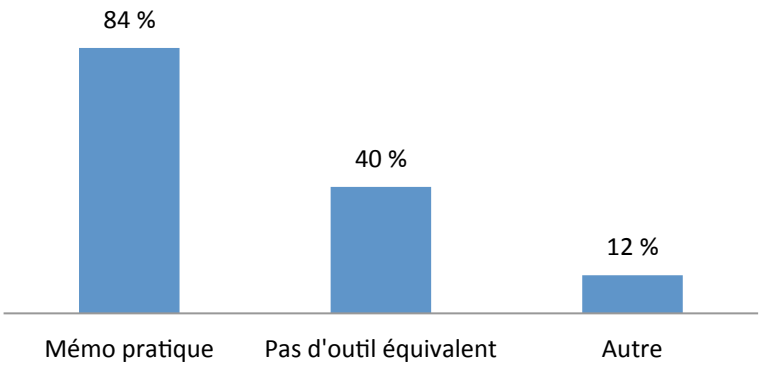


Figure 21 : Justification de l'aide apportée par la partie « Avis spécialisé à demander si… » dans la pratique

* Parmi les 5 MG qui déclarent que cette partie ne les aidera pas dans leur pratique, 80 % *(4)* se justifient par des connaissances déjà acquises. Aucun ne déclare avoir un outil équivalent en sa possession. La proposition « autre » a été choisie par 20 % des MG *(1)* qui trouvent que le tableau est plus explicite.

Figure 22 : Justification de l'inutilité de la partie « Avis spécialisé à demander si » dans la pratique

3.3. Missions du CAMSP

* À la question « Avant de lire cette fiche, connaissiez-vous les différentes missions du CAMSP ? » 3 % *(1)* les connaissaient toutes, 27 % *(8)* les connaissaient en partie et 70 % *(21)* n'en connaissaient aucune.

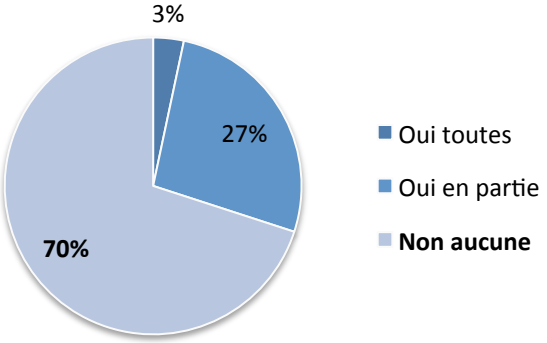


Figure 23 : Connaissez-vous les différentes missions du CAMSP ?

Les missions méconnues pour les 26,7 % *(8)* sont :

- « l'accompagnement familial » (6 MG) ;
- « le soutien social, l'aide et l'adaptation sociale et éducative » (4 MG) ;
- « la formation et l'information auprès des partenaires » (6 MG).

Tous connaissent les missions de « dépistage, diagnostic précoce des déficits et des troubles et leur prise en charge » et « la prévention ou la réduction de l'aggravation des handicaps ».

* À la question « est-ce que le récapitulatif de ces missions peut être utile dans votre pratique ? », la majorité des MG répond par une affirmation.

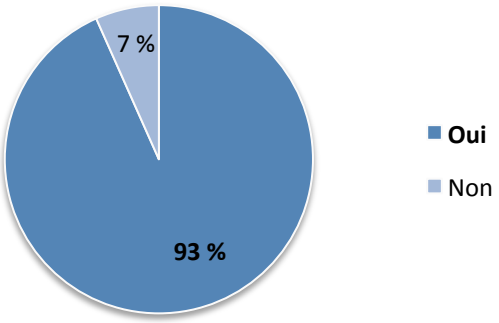


Figure 24 : Le récapitulatif de ces missions peut-il être utile dans votre pratique ?

Les MG devaient justifier leur réponse à l'aide d'une question ouverte.

Parmi les 93 % *(26)* qui affirment que ce récapitulatif les aidera, 4 justifications sont retrouvées :

- utilité à la découverte de la structure ;
- alternative à la prise en charge pédiatrique en ville ou à l'hôpital ;
- définition du rôle du CAMSP dans un environnement médico-social multi-structurel ;
- permet de découvrir qu'il existe une prise en charge parentale et qu'une prise en charge médico-sociale y est possible.

2 MG jugent inutile la présence du récapitulatif des missions du CAMSP :

- pas d'intérêt pour ce type de structure car s'adresse directement au pédiatre de ville ;
- autosuffisance de la partie sur « les actions thérapeutiques ».

3.4. Actions thérapeutiques du CAMSP

* À la question « Avant de lire cette fiche connaissiez-vous les différentes actions thérapeutiques du CAMSP ? », 10 % *(3)* les connaissaient toutes, 20 % *(6)* les connaissaient en partie et 70 % *(21)* n'en connaissaient aucune.

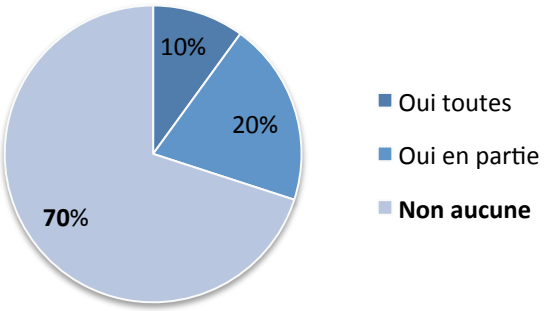


Figure 25 : Connaissez-vous les différentes actions thérapeutiques du CAMSP ?

Les actions méconnues pour les 20 % *(6)* sont :

- le suivi individuel et familial par les infirmières puéricultrices soit au CAMSP, soit dans les lieux de vie de l'enfant pour 4 MG ;
- la guidance parentale et le suivi orthophonique pour 2 MG;
- le bilan médical réalisé par un pédiatre du CAMSP pour 1 MG ;

- l'existence de psychothérapie, d'entretiens d'aide et de soutien psychologique et d'entretiens familiaux pour 1 MG.

* À la question « est-ce que le récapitulatif de ces actions peut être utile dans votre pratique ? » la majorité des 87 % *(25)* répondent par une affirmation.

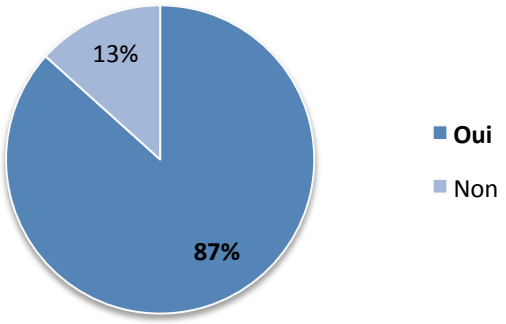


Figure 26 : Le récapitulatif de ces actions peut-il être utile dans votre pratique ?

Parmi les 87 % qui affirment que ce récapitulatif les aidera dans leur pratique, 4 justifications sont retrouvées :

- la possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire avec l'intérêt d'une prise en charge centralisée dans un même lieu ;
- le support d'information pour présenter la structure aux parents ;
- l'intérêt de l'aspect financier de la prise en charge par le CAMSP ;
- l'alternative possible au suivi orthophonique et psychomoteur de ville.

Parmi les 13 % *(5)* qui déclarent que le récapitulatif des actions thérapeutiques leur sera inutile dans leur pratique, 3 justifications sont retrouvées :

- le tableau et les missions seront plus utiles ;
- travail avec le CHU de Bordeaux uniquement, inintérêt de la connaissance de cette structure ;
- pas de travail avec ce « type » de structure, organise les suivis en libéral.

3.5. Renseignements pratiques

La majorité des MG estiment que la fiche contient suffisamment de renseignements pratiques.

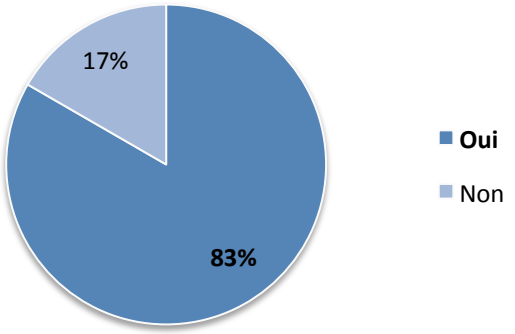


Figure 27 : La fiche vous donne-t-elle suffisamment de renseignements pratiques sur le fonctionnement du CAMSP ?

Parmi les 17 % *(5)* qui trouvent insuffisant les renseignements figurant sur la fiche réflexe, la totalité souhaite qu'apparaissent les horaires d'appels pour prendre un rendez-vous et 2 MG le numéro de téléphone direct du médecin directeur technique.

4. Satisfaction et utilité

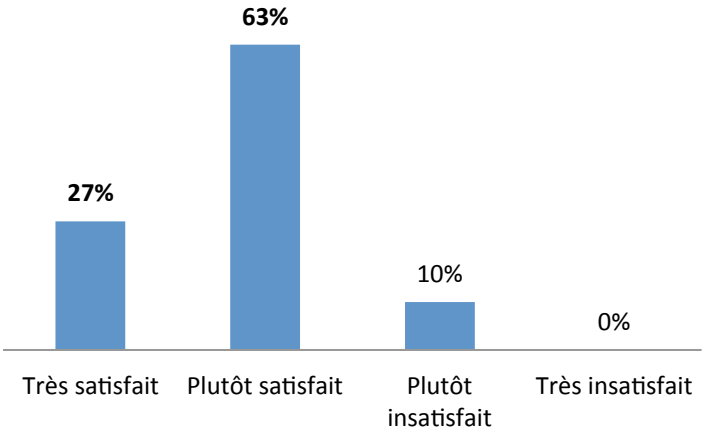


Figure 28 : Satisfaction

La majorité des MG sont « très satisfaits » ou « plutôt satisfaits » (90 % *(27)*).

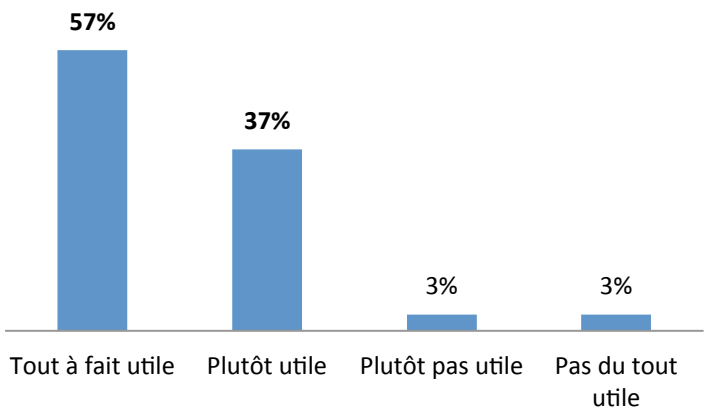


Figure 29 : Utilité

94 % des MG *(28)* ont déclaré que cette fiche réflexe leur sera « tout à fait utile » ou « plutôt utile ».

À la question « Est-ce que cette fiche réflexe vous aidera à orienter des enfants vers le CAMSP ? » 93,3 % *(28)* ont répondu « oui », et 6,7 % « non » *(2)*.

5. Propositions pour aider les MG dans la prise en charge des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur

Moins d'un quart des MG n'ont pas de propositions. Parmi les 77 % *(23)* qui ont un avis sur l'aide à apporter aux MG dans cette prise en charge, on retrouve 5 grandes propositions :

- la nécessité de formations médicales continues (FMC) sur les troubles du développement psychomoteur de l'enfant et le rôle du CAMSP ;
- faciliter l'accès au médecin directeur technique du CAMSP par téléphone ou e-mail ;
- les délais de prise en charge doivent être accessibles pour les structures comme le CAMSP ;
- la nécessité de développer le travail en réseau avec les MG ;
- sensibiliser des parents sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur.

VI. DISCUSSION

1. Méthode de l'étude et ses limites

L'objectif de notre étude était d'évaluer la pertinence de la fiche réflexe Nous souhaitions savoir si des modifications devaient être apportées à cette fiche avant d'envisager sa diffusion aux MG de Dordogne. Nous l'avons conçue à partir de données de la littérature et avec l'aide de médecins spécialisés dans le suivi d'enfants présentant des troubles du développement psychomoteur.

Notre étude étant qualitative, l'échantillon de faible taille était suffisant. Effectivement, à partir d'un certain nombre de participants, les résultats sont redondants. Les 40 MG de l'échantillon ont été tiré au sort afin d'éviter un biais de sélection. Nous n'avons pas cherché à comparer les caractéristiques de notre échantillon à ceux de l'ensemble des MG de Dordogne, celui-ci étant trop petit pour être représentatif. Les caractéristiques permettaient essentiellement de décrire notre échantillon. Parmi les 40 MG tirés au sort, 30 ont accepté de participer à notre enquête. Le nombre de participants minimum à ce type d'enquête doit se situer entre 20 et 30[37]. Nous sommes donc satisfaits. Le motif principal des 10 MG qui ont refusé la participation était le manque de temps. Nous constatons qu'en terme de sexe et zone d'activité, les caractéristiques de ces MG étaient similaires aux médecins participants. Nous pouvons ainsi supposer que leurs réponses auraient été comparables. Les MG âgés de moins de 35 ans chez les non participants n'ont pas été représentés. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette tranche d'âge est plus sensibilisée par notre sujet et ce type d'enquête.

Tous les MG ont été interrogés sur un jour de travail dans leur cabinet de consultation. Les entretiens se sont déroulés à différents horaires en fonction des disponibilités de chacun. Il est ainsi possible que certains aient pris plus de temps pour nous répondre que d'autres en fonction des contraintes de leur agenda : pause déjeuner, entre deux consultations, début ou fin de journée…

Nous avons choisi d'administrer le questionnaire en face à face. Cette méthode a pour avantage de stimuler fortement la personne interrogée car l'interlocuteur lui parle et la regarde. Cela l'incite à se concentrer tout en répondant sérieusement aux questions qui lui sont posées. Ce mode d'administration facilite également le recours à des questions ouvertes. Le choix d'utiliser plusieurs questions de ce type a permis aux MG de s'exprimer librement

en faisant un effort de réflexion. La présence de l'enquêteur dans l'administration en face à face améliore le taux de réponses à ces questions, l'enquêteur stimule les répondants. Le taux de réponses aux questions ouvertes est généralement faible avec des questionnaires auto-administrés[35].

Cependant, l'administration en face à face comporte des inconvénients. Notamment celui de l'investissement temporel et financier[35,37] : au total 844 km ont été parcourus à travers la Dordogne pour réaliser cette enquête. Il entraîne également un biais de désirabilité sociale. En effet, sous le regard de l'enquêteur, les répondants peuvent se sentir « incités » à faire bonne figure dans leurs réponses. Une enquête téléphonique ou par envoi postal aurait permis d'éviter ou minimiser ce biais. L'enquête téléphonique a été écartée du fait de la nécessité du support visuel de la fiche réflexe. Étant limités dans le temps, l'envoi postal de la fiche et du questionnaire a aussi été écarté car il nécessitait une ou deux relances.

L'utilisation de questions ouvertes présente aussi des contraintes et limites qui résident dans le recueil et le traitement des réponses[35]. Pour retranscrire l'ensemble des mots utilisés par les MG au moment de la prise de notes, il était parfois nécessaire de leur demander de répondre en se limitant à quelques phrases ou encore de répéter leurs idées. Le post-codage réalisé pour l'analyse de ces questions a pour avantage de fournir des résultats synthétiques, facilement exploitables, qui se présentent sous la même forme que les résultats des questions fermées. Ce type d'analyse présente aussi des inconvénients : il y a une part de subjectivité dans le travail de classification que nous avons effectué et la codification a pu entraîner une perte d'information (disparition des indications apportées par le vocabulaire et la syntaxe, appauvrissement du contenu).

2. Discussion des résultats

2.1. Caractéristiques des participants

2.1.1. Représentation des enfants de moins de 6 ans dans la patientèle

Comme nous l'avons précédemment cité, la part d'enfants suivis par les MG en France est importante[3,4,15,16]. Nous l'avons aussi démontré, avec plus de la moitié des MG qui ont dans leur patientèle entre 10 et 25 % d'enfants de moins de 6 ans et 17 % entre 25 et 50 %.

2.1.2. Connaissance du CAMSP, orientation vers le CAMSP et suivi d'enfants pris en charge au CAMSP

Sur la totalité des MG participants, 57 % ne connaissent pas le CAMSP, 80 % n'ont jamais adressé un enfant au CAMSP et seulement 37 % ont déjà suivi un enfant qui a été pris en charge par le CAMSP. Ces constats consolident notre hypothèse initiale de la méconnaissance de l'existence du CAMSP comme une des causes principales de la mauvaise position des MG dans l'ordre des prescripteurs d'orientations. Comment pouvons-nous expliquer cela ? Quelles solutions peuvent être envisagées ?

a. Propositions des MG

77% des MG ont apporté des éléments de réponses pour l'aide dans la prise en charge d'enfants présentant des troubles du développement psychomoteur.

- *La nécessité de FMC sur les troubles du développement psychomoteur de l'enfant et le rôle du CAMSP.*

La demande de formation des MG sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur de l'enfant est constatée dans d'autres études[33,38]. L'une des missions du CAMSP est justement « la formation et l'information auprès des partenaires ». Il est donc habilité à former les MG sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur de l'enfant et leur prise en charge. La mise en place de soirées de formation organisées par le CAMSP pour les MG pourrait être proposée. Il faudrait préciser les attentes des MG sur ce

sujet afin d'établir un programme de formation qui réponde à leurs besoins. Une formation au sein des locaux du CAMSP en partenariat avec un organisme agréé pourrait également être envisagée pour permettre aux MG de valider leur Développement professionnel continu.

- *Faciliter l'accès au médecin directeur technique du CAMSP par téléphone ou e-mail.*

Le souhait de faciliter et développer la communication, notamment téléphonique, ressort également de l'enquête réalisée dans les Côtes-d'Armor sur les liens entre le CAMSP et les MG[33]. En consultation, lorsqu'un médecin est face à un nouveau problème, son premier recours reste l'appel à un confrère[39]. Le médecin peut alors exposer un cas précis avec tous les facteurs intervenants : médical, socio-économique, psychologique, familial. De plus, au delà de répondre à une question précise, ces échanges permettent de discuter d'un point de vue, de se confronter dans une situation délicate et de nouer des liens avec des confrères. Ce côté convivial et confraternel est essentiel à la pratique médicale.

Pour contacter le médecin du CAMSP (ou un membre de l'équipe paramédicale), le MG est obligé de passer par le secrétariat du CAMSP auprès duquel il peut laisser un message. Si besoin, le médecin du CAMSP peut rappeler son confrère généraliste ou convenir d'un rendez-vous téléphonique. 5 MG de notre enquête suggéraient l'inscription des horaires d'ouverture du secrétariat sur la fiche pour faciliter cette communication par téléphone.

La communication par e-mail est également plébiscitée par les MG. Actuellement, le MG peut contacter le CAMSP par l'adresse e-mail indiquée sur la fiche. Ce système de communication entre médecins doit répondre à une condition absolue : la messagerie électronique du CAMSP, comme celle du MG, doit être sécurisée. Actuellement, si un e-mail est envoyé à l'adresse indiquée sur la fiche, il est reçu par le directeur administratif du CAMSP, la secrétaire de direction et le médecin directeur technique. Après vérification, il s'avère que la boîte e-mail utilisée par le CAMSP n'est pas sécurisée. Si nous souhaitons conserver la présence de cette adresse e-mail sur notre fiche réflexe, il faudra que le CAMSP se dote d'une messagerie électronique sécurisée. Cette décision appartient au Conseil départemental qui devra choisir entre sécuriser la boîte e-mail, ne pas la sécuriser et le préciser sur la fiche ou supprimer l'adresse de la fiche.

- *Délais de prise en charge accessibles*

Les MG évoquent des délais de prise en charge par le CAMSP qui doivent être accessibles. Au CAMSP de la Dordogne, le délai pour une prise de rendez-vous par les parents sans orientation médicale est actuellement de six mois. Si l'orientation est faite par un pédiatre ou un MG, l'enfant sera pris en charge plus rapidement. Si le médecin directeur technique constate que cette prise en charge ne peut s'effectuer au CAMSP par manque de place, il oriente l'enfant vers des professionnels libéraux.
Ces longs délais d'attente ne sont pas propres à la Dordogne. En 2008, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a réalisé une enquête auprès de 220 CAMSP qui soulève déjà ce problème[29]. Ce dernier était lié à deux facteurs : le manque de moyens et des difficultés de sortie vers d'autres structures relais, le plus souvent du fait de l'engorgement de ces services.
Ce problème de délais d'attente est au cœur des réflexions pour améliorer le fonctionnement des CAMSP. Il sera un thème abordé au cours d'une des prochaines journées ANECAMSP. Depuis deux ans, les CAMSP doivent utiliser un rapport d'activité harmonisé. Ce nouvel outil va ainsi permettre une comparaison des CAMSP et sera probablement une aide pour l'optimisation du fonctionnement des CAMSP en France[40].

- *Développer le travail en réseau avec les MG*

Les MG sont demandeurs de développer le travail en réseau afin d'améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins.
Les réseaux de soins périnatals sont organisés autour de thématiques plus ou moins spécifiques et mettent en relation différents acteurs de la périnatalogie. Parmi eux, les réseaux de coopération interhospitalière permettent aux femmes d'être prises en charge dans un établissement adapté à leur situation médicale. Ils sont organisés au sein de bassins de population et sont présents dans la plupart des régions[41]. Ils permettent d'orienter les mères en situation à risque vers des lieux d'hospitalisation possédant des plateaux techniques adaptés à ces situations (maternités niveau I, IIa, IIb III). Les réseaux ville-hôpital mettent en relation les MG intéressés par le suivi de grossesse, les sages femmes libérales, les PMI et les structures hospitalières publiques et privées. Ces réseaux, dits « réseaux d'amont », peuvent s'orienter vers des populations plus spécifiques, comme les populations en situation de précarité. D'autres permettent d'organiser le retour à domicile en suite de couches[42]. Cette organisation des soins autour de la naissance contribue à diminuer la mortalité et la morbidité

d'origine périnatale et tend à faire diminuer le nombre d'enfants à risque de développer un handicap[1].

Dans la continuité des réseaux périnatals de suivi de grossesse se développent des réseaux d'aval ayant pour mission de suivre et accompagner à long terme les grands prématurés et autres enfants vulnérables en raison d'une pathologie anté ou périnatale. Ces réseaux sont généralement composés de médecins (pédiatres libéraux ou hospitaliers, MG, médecins de PMI, médecins de CAMSP et autres institutions) et d'autres professionnels (kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues…) dont le rôle est d'assurer le suivi de ces enfants durant les premières années de vie, à des dates régulières selon des protocoles précis. Des consultations sont régulièrement proposées de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ou 7 ans[43]. Elles permettent d'évaluer les compétences des enfants et de mettre en place une prise en charge multidisciplinaire adaptée dès le repérage d'éventuelles difficultés de développement. Le réseau de santé Périnat Aquitaine a pour projet de permettre aux MG volontaires d'intégrer le réseau. Après une formation spécifique sur le suivi de ces enfants, ils pourront participer au dépistage des troubles du développement et au suivi régulier.

En 2009, une étude s'est intéressée à cette intégration des MG au sein du réseau de santé périnatal d'Auvergne[44]. 397 MG ont répondu à un questionnaire évaluant la connaissance du réseau, son accessibilité par les MG et les attentes des professionnels. Un tiers seulement d'entre eux avait connaissance de ce réseau. Seulement 5,8 % se disaient informés des activités du réseau et des formations proposées. Beaucoup déploraient une pratique trop isolée et étaient en demande d'échange et de collaboration accrue avec les autres professionnels de la petite enfance. La méconnaissance de ces réseaux par les MG ne semblait pas exclusive à la région d'Auvergne. C'est également ce que concluait le rapport Sommelet[45] sur l'intégration des MG au sein d'un réseau de santé en périnatalité : « Peu de médecins connaissent ce réseau et leur adhésion est donc très faible malgré leur sentiment d'isolement et leur demande d'échanges accrus avec les autres professionnels de la petite enfance. »

- *Sensibiliser les parents sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur*

Des études prouvent que l'interrogatoire des parents est un moyen de dépistage essentiel[46,47]. En 2009, une étude réalisée auprès de MG du Vaucluse portant sur le dépistage des anomalies de l'examen psychomoteur de l'enfant montrait qu'une majorité des médecins interrogés évaluaient les principales étapes du développement psychomoteur de l'enfant au cours de la

première consultation par l'interrogatoire des parents[48]. Les parents ont donc un rôle essentiel dans le dépistage des troubles. Il serait alors nécessaire de les préparer à dépister en les informant.

C'est devant la constatation qu'il existe une réelle corrélation entre l'inquiétude parentale et la réalité d'un trouble du développement que de nouveaux repères chronologiques ont été édités dans la dernière version du carnet de santé[19]. Le but étant de valoriser les observations faites par les parents et favoriser le dialogue avec les professionnels de santé.

On peut cependant se demander si ces repères présents dans le carnet de santé suffisent. Une étude d'évaluation du nouveau carnet de santé réalisée en 2012[49] auprès de 300 familles montre que seulement 39 % des familles interrogées ont constaté la présence de ces repères chronologiques entre 0 et 2 ans. Ce résultat pourrait être lié au fait que ces conseils sur le repérage précoce des troubles sont dispatchés à différents endroits du carnet de santé. Une nouvelle organisation au sein même du carnet de santé devrait-elle être envisagée concernant les repères chronologiques du développement psychomoteur destinés aux parents ? Doit-on informer les parents au sujet des troubles du développement et des ressources possibles, en mettant à leur disposition des documents d'information ? Ces documents pourraient figurer dans les salles d'attente médicales. Sensibiliser sans inquiéter est un enjeu majeur.

b. PMI et médecine scolaire

La PMI et la médecine scolaire sont des structures qui connaissent bien le CAMSP. Comme décrit dans le bilan d'activité du CAMSP de la Dordogne de 2013 et 2014, elles sont les premiers prescripteurs en matière d'orientation. Une thèse réalisée en Gironde en 2014 sur la collaboration entre le service de PMI et les MG dans la prise en charge de l'enfant de moins de 6 ans montre que les relations entre les MG et les médecins de PMI sont décrites la plupart du temps comme inexistantes[50]. Une autre étude qualitative réalisée en 2014 dans le Val d'Oise s'intéressait à la communication entre le MG et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladies chroniques et/ou de handicaps. Il ressort aussi de cette étude un manque de communication entre MG et médecins de l'Éducation nationale[51]. Leurs relations étant aussi quasi inexistantes et insuffisantes. Les possibilités d'informations concernant le CAMSP de la PMI ou la médecine scolaire vers les MG sont ainsi peu ou pas investies.

c. Problème de dépistage

Une thèse réalisée en 2013 auprès de 221 MG du Nord-Pas-de-Calais sur l'évaluation du langage oral chez les enfants de 2 ans montrait que pour 50 % des généralistes, le temps de consultation pour évaluer le développement psychomoteur de l'enfant était de 5 à 10 minutes et moins de 5 minutes pour 16 %[52]. La publication de l'HAS en 2005 portant sur des propositions de dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées notamment aux MG, n'a pas identifié de tests de dépistage du retard du développement généralisables en médecine de ville. Mais il est indiqué que certains tests, comme l'échelle d'évaluation de Brunet-Lézine révisé ou des tests simplifiés de dépistage (test de Denver ou différentes tables de développement), peuvent être réalisés au cours d'une consultation après une courte formation. Une étude française réalisée en 2009 observait la faisabilité en pratique de ces dépistages[53]. Moins de la moitié des médecins interrogés disaient avoir eu connaissance de ces recommandations, cinq ans après leurs parutions. Seuls 20 % des médecins déclaraient avoir modifié leur pratique en conséquence. La majorité des MG interrogés ont déclaré ne pas avoir de matériel spécifique pour l'examen psychomoteur du jeune enfant. Les médecins évoquaient aussi comme frein le manque de temps à consacrer à ce dépistage (20 minutes en moyenne pour le test de Denver et plus d'une heure pour le Brunet-Lézine). Une étude menée par l'INSERM en 2005, via les acteurs du réseau SENTINELLE, a étudié le dépistage des anomalies visuelles, auditives et de l'examen psychomoteur entre 9 mois et 24 mois par les MG[54]. D'après les résultats, une durée de consultation supérieure à un quart d'heure serait corrélée à un dépistage plus complet des troubles de l'enfant notamment dans les domaines visuel et psychomoteur. Une autre étude réalisée en 2010 auprès de MG du Languedoc-Roussillon[55] met en avant que les tests de dépistage sont très peu utilisés par les MG. Ces études mettent ainsi en évidence le manque de sensibilisation des MG sur l'intérêt de certains actes de dépistage. Ces derniers sont peu mis en pratique, bien qu'ils soient considérés comme réalisables. Une cotation CPAM spécifique de tels actes de dépistage, rémunérés en conséquence du temps investit, serait judicieuse.

2.2. Présentation

La majorité des MG sont satisfaits du support papier. Les médecins ont souvent besoin d'un outil d'information disponible rapidement au moment de la consultation quand ils sont face au patient. Ceci est mis en avant dans l'étude réalisée en 2008 en Île de France

s'intéressant à l'accès à l'information du médecin[39]. Dans cette étude, l'apport d'informations par un outil papier était globalement fructueux car il a permis 84 % de réponses aux questions posées pendant la consultation. La même année, une étude de l'Union nationale des associations de formation médicale continue du Rhône-Alpes confirmait que les MG souhaitent une information papier synthétique et fiable : 97 médecins sur 137 réclamaient comme type d'outil des guides pratiques et écrits par des experts[56]. Enfin, l'enquête réalisée en 2013 dans les Côtes d'Armor sur les liens entre les MG et le CAMSP révélait que les MG sont demandeurs d'outils papiers (annuaires ressources, schéma d'arbres décisionnels simplifiés et plaquettes d'information) contenant des informations simples et didactiques sur le CAMSP[33]. Seulement 13 % des MG préféraient un support informatique. On peut s'interroger sur le contraste de ce constat avec l'évolution actuelle qui tend vers la généralisation de l'informatique. Soulignons que la convention médicale de la CPAM, signée le 26 juillet 2011[57], incite fortement tous les médecins à s'informatiser, puisqu'elle prévoit une rémunération si les objectifs d'informatisation du cabinet sont bien remplis. Cette incitation témoigne de l'ampleur grandissante du support informatique médical, y compris en recherche documentaire. Nous avons opté pour un support papier facile à diffuser et à manipuler, permettant une lecture rapide avec la possibilité de scanner la fiche réflex pour en faire un support informatique.

Il existe peu de données quantitatives sur la préférence des médecins concernant les outils d'information. En 2005, une étude constate que les données disponibles sur le comportement documentaire des MG français sont pauvres[58]. Si les données sur l'informatisation du secteur médical sont nombreuses, peu de chiffres spécifiques à la recherche documentaire sont disponibles. L'étude de 2008 réalisée en Île-de-France auprès de 107 MG retrouve une quasi égalité entre la part du support papier et celle du support numérique : 37 % des médecins cherchent plutôt l'information dans les interfaces numériques contre 32 % dans les formats papier[39].

De manière générale, les médecins interrogés sur l'aspect de la fiche l'ont jugée de bonne longueur. Cela met en relief la solidité de la présentation et du contenu de notre fiche réflexe. Pour être attractive, ce type d'outil d'information ne doit pas être trop long.

Des MG ont relevé qu'il manquait un titre au tableau du développement normal de l'enfant. Il s'agit d'un oubli de notre part auquel nous avons remédié.

Concernant la partie sur les textes, des études ont démontrées que la fiabilité des informations et leurs sources sont un facteur influençant les médecins dans leurs recherches d'information[39,56].

2.3. Apports du tableau et de la partie « Avis spécialisé à demander si… »

Dans notre enquête, la majorité des MG estiment que le tableau et la partie « Avis spécialisé à demander si …» pourront les aider dans leur pratiques car ce sont des « mémos pratiques ». Le terme mémo est une abréviation du mot mémorandum en latin qui signifie « chose dont il faut se rappeler ». Il s'agit d'une aide à la mémoire. Ce mot est un synonyme du mot « pense-bête » qui, selon le MeSH (dictionnaire des mots clés de la National Library of Medicine), est un système utilisé pour stimuler ou aider la mémoire qui peut être informatisé, utiliser un code couleurs, des appels téléphoniques, des lettres ou des cartes postales[59]. Son but est de permettre d'intégrer en cours de consultation un nouvel élément médical qui aurait été négligé sans ce rappel. Il peut concerner tous les domaines du champ médical : dépistage, prévention, traitement, suivi. Il peut s'agir d'un support papier ou informatisé, mais c'est son caractère accessible en cours de consultation qui est primordial dans sa définition.

Avec la généralisation du dossier clinique informatisé, c'est surtout sous la forme numérique qu'on imagine actuellement les pense-bêtes. On pourrait penser à un système d'alerte automatique intégré au dossier médical de l'enfant. Ainsi, à chaque consultation de suivi, il rappellerait quelles doivent être les acquisitions psychomotrices de l'enfant en fonction de son âge. Ce système d'alerte est proposé par un MG dans les résultats d'une étude réalisée en 2014 portant sur l'attitude des MG face à un retard de développement psychomoteur chez l'enfant[38]. Nous n'avons pas retrouvé de logiciel médical intégrant une telle fonction. Le département de médecine générale de la faculté de médecine de Toulouse Rangueil a mis en ligne un site internet, Pediadoc.fr[60], pour aider les MG dans leurs consultations de suivi pédiatrique. Des fiches résumées sur l'examen clinique de l'enfant, son alimentation et son développement psychomoteur de 0 à 2 ans sont à la disposition du MG. Comme nous l'a fait remarquer à juste titre deux MG, notre tableau a des limites. Nous l'avons vu précédemment, l'âge d'acquisition des étapes du développement psychomoteur est variable selon chaque enfant. Il dépend de caractéristiques propres à l'enfant mais aussi de l'environnement dans lequel il évolue. Le MG doit prendre en considération ces éléments dans l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant. Ces variations individuelles sont prises en compte dans les recommandations de l'HAS de 2005[11] qui préconisent de revoir l'enfant en consultation si un retard d'acquisition est suspecté.

Plusieurs études confirment que le carnet de santé apparait comme un outil de référence du MG en matière de suivi du développement psychomoteur. L'étude précédemment citée,

réalisée en 2009 dans le Vaucluse, montrait que les médecins utilisaient comme outil de dépistage le carnet de santé dans sa version actualisée en 2006[48]. Dans une étude réalisée en 2009 auprès de MG parisiens évaluant la dernière version du carnet de santé de 2005[61], plusieurs médecins ont mentionné l'utiliser comme pense-bête vis-à-vis des éléments du suivi du développement psychomoteur. Une étude de 2010 réalisée pour la Direction générale de la santé[62] montrait que 87,5 % des généralistes déclaraient remplir systématiquement le carnet lors des visites des enfants de moins de 2 ans. Le carnet de santé n'est pourtant pas un outil utilisé systématiquement malgré ses versions de plus en plus complètes comme le révèlent 10 MG de notre étude qui signalent ne pas avoir d'outils équivalents à la partie « Avis spécialisée à demander si… » de notre fiche réflexe. Pourtant ces items découlent de la dernière version de 2005 du carnet de santé qui introduit la notion d'âges limites dans les acquisitions psychomotrices.

2.4. Apports de la partie sur les missions et actions du CAMSP

Il ressort de notre enquête que plus de 80 % des MG interrogés déclarent que le récapitulatif des missions et des actions du CAMSP leur sera utile. Leurs justifications résident dans la découverte même du CAMSP, mais aussi dans l'identification précise de son rôle médico-psycho-social. Ce résultat est à rapprocher de l'étude précédemment citée, réalisée en 2013 dans les Côtes-d'Armor[33]. Dans cette étude, les MG perdus devant les différents acteurs de l'intervention précoce étaient en demande d'outils permettant de définir les rôles de chacun. Le paysage institutionnel dans le domaine médico-social en France est complexe et les acteurs de l'intervention précoce sont nombreux (CAMSP, CMP, CMPP, professionnels libéraux, services hospitaliers...). Les CAMSP ont en commun avec les CMPP et CMP d'être des structures spécialisées dans le domaine sanitaire et médico-social et d'être libres d'accès. Les rendez-vous peuvent être pris par un médecin ou par les parents directement auprès de la structure. Dans le domaine du handicap, ces structures diffèrent des autres établissements médico-sociaux pour lesquels une notification d'orientation par la MDPH est obligatoire pour y avoir accès : classes spécialisées de l'Éducation nationale, SESSAD, établissements médico-sociaux spécialisés (institut médico-éducatif, institut d'éducation motrice, institut d'éducation sensoriel, institut thérapeutique, éducatif et pédagogique).

L'orientation vers un CAMSP, un CMPP ou un CMP est fonction de l'âge et la nature du trouble.

* **Les CMPP** ou Centres médico-psycho-pédagogiques sont des centres de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires, non sectorisés, recevant des enfants et adolescents de 3 à 18 ans, ainsi que leur famille. Ils assurent le dépistage et la rééducation des difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage ou troubles du comportement susceptibles de relever d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique, sous autorité médicale[63]. Le CMPP regroupe une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité technique d'un médecin psychiatre, avec des psychologues cliniciens, psychothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues, assistants sociaux… L'assurance maladie finance à 100 % leurs prises en charge. En Dordogne, le CMPP travaille en partenariat avec le CAMSP en fonction de ses disponibilités. C'est aussi une structure relais du CAMSP pour le suivi de la prise en charge des enfants après 6 ans. Il dispose de trois antennes en Dordogne : Périgueux, Bergerac et Sarlat.

* **Les CMP** ou Centres médico-psychologiques sont des structures sanitaires qui dépendent de la pédopsychiatrie, gérées par l'hôpital public. Ce service s'adresse à des enfants de 0 à 18 ans vivant des troubles de l'adaptation ou des difficultés psychologiques diverses. Le CMP est la structure de soins pivot des secteurs de psychiatrie. Il assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique. Il existe des CMP pour adultes. En Dordogne comme dans les autres départements, les soins sont organisés en fonction de la sectorisation psychiatrique. L'accès au CMP est conditionné par la demande des parents auprès du secrétariat de la consultation la plus proche de leur domicile. Après un bilan, des prises en charge spécialisées ambulatoires ou en hôpital de jour peuvent être proposées par l'équipe pluridisciplinaire : psychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, infirmiers et instituteurs spécialisés. L'Assurance maladie finance à 100 % la prise en charge par les CMP[64]. Les CMP travaillent aussi en partenariat avec le CAMSP.

De nombreux annuaires ressources sont à disposition des MG sur Internet leur permettant d'identifier ces structures. Parmi eux, nous pouvons citer le site annuaire.action-sociale[65] qui répertorie les contacts des différents établissements médico-sociaux par département. L'ARS Aquitaine consacre une page sur son site Internet sur le rôle des différentes structures

existantes prenant en charge les personnes handicapées[63]. Nous n'avons pas retrouvé l'existence d'annuaires ressources en support papier propre à la Dordogne concernant les différentes structures médico-psycho-sociales prenant en charge les enfants.

Le CAMSP n'est bien entendu pas la seule structure pouvant intervenir devant un enfant qui présente des troubles du développement psychomoteur. En ce sens, 2 MG nous précisent qu'ils orientent plus facilement ces enfants vers un pédiatre en ville et 1 MG oriente systématiquement vers les neuropédiatres du CHU de Bordeaux. Dans le cas d'une orientation vers le CHU, il convient de préciser que le bilan étiologique y sera effectué, mais que si une prise en charge doit être mise en place auprès de professionnels paramédicaux, pour des raisons pratiques, elle s'effectuera en Dordogne. Ce suivi pourra alors s'organiser au CAMSP ou en ville comme a l'habitude de le faire un MG interrogé.

Plus de trois quarts des MG de l'enquête ont appris l'existence au CAMSP d'un soutien et d'un accompagnement des parents. Ce soutien est une notion fondamentale dans la prise en charge en médecine générale. Cette guidance parentale peut s'effectuer auprès du psychologue mais également de l'orthophoniste, du psychomotricien, d'une puéricultrice, du pédiatre ou d'un autre professionnel intervenant auprès de l'enfant, selon les besoins des parents. Des conseils et informations sur la prise en charge de leurs enfants sont délivrés mais ces professionnels sont aussi amenés à les écouter et à les soutenir. La mise en place d'une guidance parentale se fait, soit suite à une demande familiale, soit sur proposition de l'équipe du CAMSP. Bien entendu, il convient de préciser que cette guidance peut aussi avoir lieu en milieu libéral.

2.5. Satisfaction et utilité

90 % des MG étaient « très satisfaits » ou « plutôt satisfait » de la fiche et 94 % ont déclaré qu'elle leur sera « tout à fait utile » ou « plutôt utile ». L'objectif principal de notre travail a donc été atteint car les pourcentages dépassent la barrière des 75 % que nous nous étions fixés. La proposition de la diffusion de la fiche réflexe est donc possible. Une troisième version de celle-ci a été réalisée en rajoutant un titre au tableau et les horaires d'appels, comme le suggérait 5 MG de notre enquête (annexe 7). L'adresse mail y est inscrite et sera maintenue si le Conseil départemental décide de la sécuriser.

VII. CONCLUSION

La qualité et la précocité de prise en charge des troubles du développement psychomoteur sont primordiales dans l'amélioration de la qualité de vie des enfants et de leurs familles. Minimiser les souffrances et éviter les surhandicaps que peuvent engendrer de tels troubles en ayant une prise en charge globale est la mission du CAMSP. Notre étude a montré d'une part que le CAMSP de Dordogne est peu connu par les MG et d'autre part que les MG n'ont pas d'outil simple de suivi du développement psychomoteur. La satisfaction des MG vis à vis de notre fiche réflexe est une étape majeure dans sa validation. Nous souhaitons que le MG puisse s'appuyer sur des éléments simples et objectifs du développement pour repérer plus facilement l'enfant en difficulté et ainsi l'adresser rapidement vers une structure adaptée. Nous pouvons aussi espérer la mise en place d'une collaboration plus étroite entre les différents intervenants. Plusieurs étapes sont encore à franchir. En effet, notre outil doit être validé par le Conseil départemental de Dordogne et obtenir l'autorisation de publication par le conseil de l'Ordre des médecins. Viendra alors l'étape de la publication, puis de la diffusion. Concernant la diffusion, nous devons réfléchir à la méthode utilisée. Faut-il utiliser la voie postale, le mail ou peut-être mieux, au cours des FMC ? Après distribution aux MG de la Dordogne, une évaluation de son impact serait intéressante. Si celle-ci s'avérait positive, nous pourrions proposer cette fiche à l'ANECAMSP pour une diffusion plus large.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

[1] Institut national de la santé et de la recherche Médicale. Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Expertise collective. Paris: Inserm; 2004.

[2] Décret n° 76-389 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux par l'annexe XXXII bis concernant les conditions techniques d'agrément des centres d'action médico-sociale précoce (J.O. 4 mai 1976).

[3] Collet M, Vilain A. Le deuxième certificat de santé de l'enfant [certificat au 9ème mois (CS9)]-2012. Document de travail, série Sources et Méthodes. DRESS. 2014;47.

[4] Collet M, Vilain A. Le troisième certificat de santé de l'enfant [certificat au 24ème mois (CS24)]-Validité 2012. Document de travail, Série Sources et Méthodes. DRESS. 2014;48.

[5] Lion François L, Des Portes F. Les grandes étapes du développement psychomoteur entre 0 et 3 ans. Rev praticien. 2004;54:1991-1997.

[6] Bourrillon A, Benoist G. Pédiatrie. 4ème éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS; 2009.

[7] Billard C. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-201-D-10, 2007.

[8] Albaret JM. Troubles psychomoteurs chez l'enfant. EMC (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier S.A.S, Paris), Psychiatrie, 37-201-F10, Pédiatrie, 4-101-H30,2001.

[9] Hix-Small H, Marks K, Squires J, Nickel R. Impact of Implementing Developmental Screening at 12 and 24 Months in a Pediatric Practice. Pediatrics. 2007 Aug 1;120(2):381–9.

[10] Brunet O, Lézine I, Josse D. Brunet-Lézine révisé : Échelle de développement psychomoteur de la première enfance : manuel BLR-C. Paris: Éditions et Application Psychologiques; 2001.

[11] Haute autorité de santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Paris: HAS; 2005.

[12] Haute autorité de santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement-État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. Paris: HAS; 2010.

[13] WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.

[14] Loi n°2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'Assurance maladie (J.O. 12 Août 2004).

[15] Lamarque C. La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans en France. Point de conjoncture. CNAMTS. 2002; 7.

[16] Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Études et résultats. DRESS. 2007;588.

[17] Ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile (JO du 5 novembre 1945).

[18] Loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire des certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs (J.O. 17 juillet 1970).

[19] Direction générale de la santé. Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant. Guide à l'usage des professionnels de santé. 2006.

[20] Granier I, Roussey M. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Rev praticien. 2009 juin 20;59:841-842.

[21] Titran M. Histoire de l'action médico-sociale précoce. Spirale. 2010 ;(55):127-136. Disponible sur : http://www.cairn.info/revue-spirale-2010-3-page-127.htm. Consulté le [18] novembre 2015.

[22] Salbreux R. Histoire de la naissance de l'action médico-sociale précoce et de ses valeurs. Journées de l'ANECAMSP mars 2001. Disponible sur : http://anecamsp.org/journees-roger-salbreux/. Consulté le 18 novembre 2015.

[23] Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce. Janine Lévy, fondatrice de l'ANECAMSP, De l'Action Précoce vers le C.A.E. Disponible sur : http://anecamsp.org/texte-janine-levy/. Consulté le 18 novembre 2015.

[24] Salbreux R, Fuentes K, Golse B. Évolution de la culture de l'action médico-sociale précoce entre son origine (1967-1976) et nos jours (2002-2007). Contraste. 2007;(27):9-35. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-contraste-2007-2-page-9.htm. Consulté le 18 novembre 2015.

[25] Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux. Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Janvier 2015.

[26] Laurent G. Action précoce et évolution législative. Contraste. 2010;(33):11-16. Disponible sur : http://www.cairn.info/revue-contraste-2010-2-page-11.htm. Consulté le 3 décembre 2015.

[27] Loi n°2002−2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico−sociale (J.O. 3 Janvier 2002).

[28] Loi n°2005−102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O. 12 février 2005).

[29] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les CAMSP (centres d'action médico−sociale précoces), résultats de l'enquête quantitative menée en 2008. Paris: CNSA; 2008.

[30] Décret n° 2014-531 du 26 mai 2014 relatif à la participation des assurés sociaux aux frais de transport mentionnés au 19° de l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale (J.O. 27 mai 2014).

[31] Direction départementale de la solidarité et de la prévention de la Dordogne. Règlement de fonctionnement du CAMSP. 2010.

[32] Direction départementale de la solidarité et de la prévention de la Dordogne. Protection Maternelle et Infantile. Rapport d'activité. 2014.

[33] Buffereau C. Enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Côtes d'Armor sur leurs liens avec le CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) « Horizon » polyvalent de Saint-Brieuc. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Rennes. Université Rennes 1; 2014.

[34] Dauphin JB. Intérêt du carnet de sante pour le médecin généraliste dans le suivi du développement psychomoteur de l'enfant de la naissance à deux ans. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité Pédiatrie]. Clermont-Ferrand. Université Clermont-Ferrand 1; 2004.

[35] Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 3ème éd. Paris: DUNOD; 2015.

[36] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. (J.O. 7 janvier 1978).

[37] Maisonneuve H, Fournier JP. Construire une enquête et un questionnaire. E-respect. 2012;1(2):15-20.

[38] Dutel E. Attitude des médecins généralistes face à un retard du développement psychomoteur de l'enfant. [Mémoire de stage chez le praticien de niveau 1]. Lyon. Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.

[39] Aubry Octurc E. L'accès à l'information du médecin généraliste en consultation : enquête auprès des médecins généralistes d'Île-de-France : leurs besoins, leurs stratégies de recherche, les sources sollicitées. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Paris. Université Paris 6 Pierre et Marie Curie; 2008.

[40] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport d'activité des CAMSP 2014. Paris: CNSA; 2016.

[41] Cornet B, Metral P, Gouyon JB. Current networks in perinatal care. From practice to theory… Arch Pediatr. 1999;6:794-798.

[42] Vial M, Boithias C, Castel C. Sorties précoces : propositions, un exemple d'organisation en réseau. In: 33es Journées nationales de la Société française de médecine périnatale. D'Ercole C, Collet M eds, Arnette. Paris: 2003.43-56.

[43] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Épipage 2. Disponible sur : https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/cote-parents/reseaux-suivi-associations. Consulté le 17 Août 2016.

[44] Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, Gerbaud L, Lémery D. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. J Gynécol Obst Bio R. 2009 Nov;38(7):559-73.

[45] Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et l'adolescent. Paris: La Documentation française; 2006. Commandité par le Ministère de la santé et des solidarités.

[46] Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? Clin Pediatr (Phila). 2003 mar;42(2):133-138.

[47] Glascoe FP. Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. Child Care Health Dev. 2000 mar;26(2):137-149.

[48] Viollet E. Dépistage des anomalies de l'examen psychomoteur de l'enfant entre 28 jours et 6 ans par le médecin généraliste. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Marseille. Université d'Aix-Marseille 2; 2009.

[49] Duburq A, Courouve L, Vanhaverneke N. Évaluation auprès des parents du carnet de santé N°CERFA 12593*01 (Modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006). Évaluation réalisée pour la Direction Générale de la Santé; 2012.

[50] Dufour L. Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de 6 ans : enquête qualitative croisée auprés de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Bordeaux. Université Bordeaux 2-Victor Ségalen; 2014.

[51] Corchia L. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladies chroniques et/ou de handicaps dans le département du Val d'Oise. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Paris. Université Paris Diderot-Paris 7; 2014.

[52] Petruka J. Évaluation du langage oral chez les enfants de deux ans par le médecin généraliste: pratiques actuelles et avis sur l'utilisation de l'inventaire Fançais du Développement Communicatif Version courte de 24 mois. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Lille. Université du droit et de la santé-Lille 2; 2014.

[53] Guillement JM, Barcon C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. Journal de pédiatrie et puériculture. 2010 Jun;23(3):125-130.

[54] Livinec F, Kaminski M, Bois C, Flahault A. Dépistage des déficiences de l'enfant en médecine générale. Sentiweb-hebdo. 2005.46. Disponible sur : http://websentib3e.jussieu.fr/sentiweb/?rub=38. Consulté le 17 Août 2016.

[55] Brun A. Inventaire des outils standardisés de dépistage des anomalies du développement psychomoteur des enfants de moins de cinq ans. Enquête descriptive auprès de médecins généralistes du Languedoc Roussillon. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Montpellier. Université Montpellier 1; 2011.

[56] Pham D, Boissel JP, Wolf P, Rigoli R, Cucherat M, Stagnara J. Médecins généralistes : de quelle information avons-nous besoin ? Une étude quantitative auprès des médecins adhérents à l'Unaformec RA. Médecine. 2008;4(8):369-375.

[57] Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (J.O. 25 septembre 2011).

[58] Gonod-Boissin F. Technologies de l'information et de la communication et pratiques informationnelles des médecins généralistes : quelles données en France ? Pédagogie médicale. 2005;6:169-177.

[59] Grall JC, Moser S. Pense-bête : vieux mot pour une pratique moderne. Médecine. 2005 Oct;1(1):44-45.

[60] Pediadoc.fr. Disponible sur http://pediadoc.fr/. Consulté le 6 mai 2016.

[61] Cotasson E. Évaluation de la dernière version datant de 2005 du carnet de santé des enfants par des médecins généralistes parisiens. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Paris. Université Paris-Diderot 7; 2010.

[62] Duburq A, Courouve L, Vanhaverneke N. Évaluation du carnet de santé N°CERFA 12593*01 (Modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006) : Évaluation réalisée pour la Direction Générale de la Santé; 2012.

[63] Agence régionale de santé Aquitaine. Les structures prenant en charge les personnes handicapées. Disponible sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Les-structures-prenant-en-char.132444.0.html). Consulté le 17 août 2017.

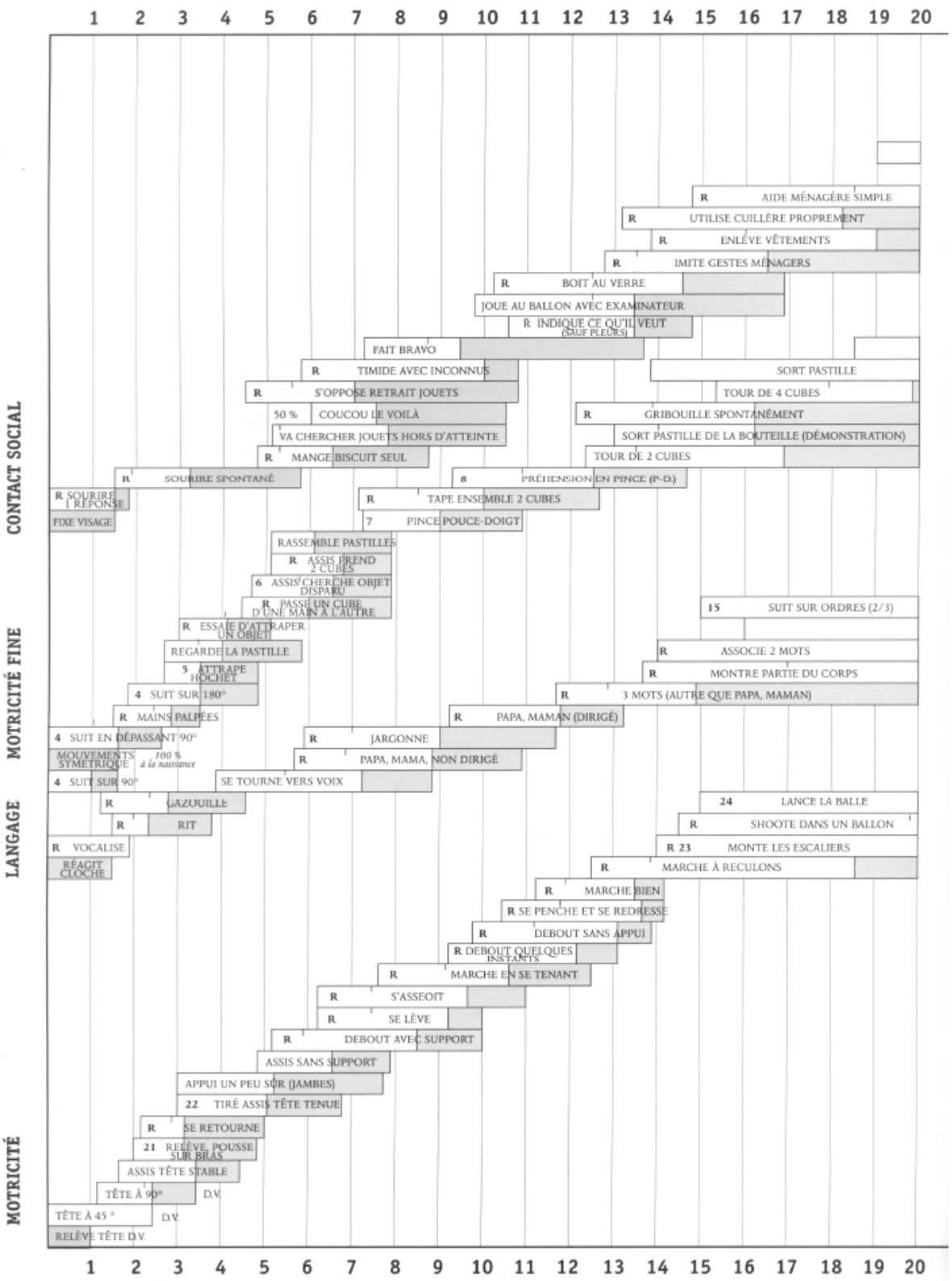
[64] Centre hospitalier de Périgueux. Service de psychiatrie infant-juvénile et adolescents. Disponible sur : http://www.ch-perigueux.fr/poles-et-services/rechercher-un-service-226/psychiatrie-infanto-juvenile-adolescents-23.html. Consulté le 18 août 2017.

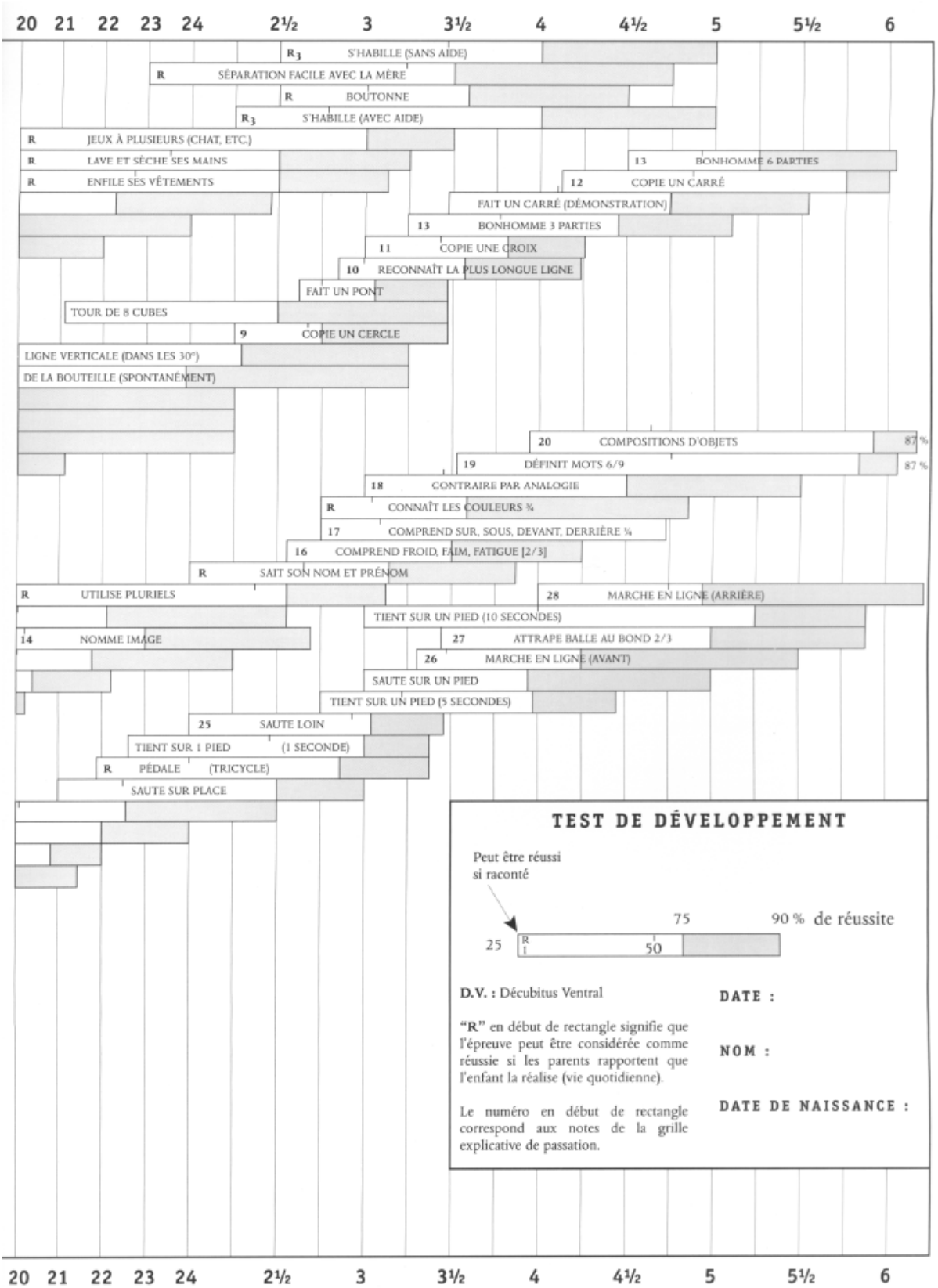
[65] Annuaire.action-sociale.org. Disponible sur : http://annuaire.action-sociale.org/. Consulté le 17 août 2016.

IX. ANNEXES

Annexe 1 : test de Denver

Ce test analyse les principales acquisitions du nourrisson et de l'enfant de la naissance à 6 ans selon 4 groupes : motricité globale, motricité fine, langage et contact social. Dans chaque groupe, les acquisitions sont classées par ordre d'apparition chronologique au cours du développement. Celles-ci apparaissent sous forme de rectangle dont le début situe l'âge où 25 % de la population normale réussit l'épreuve et la fin, l'âge où 90 % de la population normale la réussit. Un petit trait vertical à l'intérieur du rectangle indique l'âge de réussite de 50 % de la population normale. Pour faciliter la lecture, la zone 75 - 90 % de réussite apparaît en grisée. Le médecin trace un trait vertical correspondant à l'âge chronologique de l'enfant qu'il doit évaluer (en tenant compte de l'âge corrigé pour les prématurés). Les rectangles traversés par ce trait vertical correspondent aux épreuves que l'enfant doit réussir. En cas d'échec à l'épreuve, le médecin teste celle chronologiquement située avant et ce jusqu'à ce que l'enfant réussisse l'épreuve proposée. L'épreuve réussie est marquée d'une croix, le trait passant par le maximum de croix correspond à l'âge de développement. Le test peut être répété sur la même feuille au cours du temps pour évaluer la dynamique d'évolution de l'enfant.


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
CONTACT SOCIAL
R AIDE MÉNAGÈRE SIMPLE
R UTILISE CUILLÈRE PROPREMENT
R ENLÈVE VÊTEMENTS
R IMITE GESTES MÉNAGERS
R BOIT AU VERRE
JOUE AU BALLON AVEC EXAMINATEUR
R INDIQUE CE QU'IL VEUT (SAUF PLEURS)
FAIT BRAVO
R TIMIDE AVEC INCONNUS
SORT PASTILLE
R S'OPPOSE RETRAIT JOUETS
TOUR DE 4 CUBES
50 % COUCOU LE VOILÀ
R GRIBOUILLE SPONTANÉMENT
VA CHERCHER JOUETS HORS D'ATTEINTE
SORT PASTILLE DE LA BOUTEILLE (DÉMONSTRATION)
R MANGE BISCUIT SEUL
TOUR DE 2 CUBES
R SOURIRE SPONTANÉ
8 PRÉHENSION EN PINCE (P-D.)
R SOURIRE 1 RÉPONSE
R TAPE ENSEMBLE 2 CUBES
FIXE VISAGE
7 PINCE POUCE-DOIGT
MOTRICITÉ FINE
RASSEMBLE PASTILLES
R ASSIS PREND 2 CUBES
6 ASSIS CHERCHE OBJET DISPARU
R PASSE UN CUBE D'UNE MAIN À L'AUTRE
15 SUIT SUR ORDRES (2/3)
R ESSAIE D'ATTRAPER UN OBJET
REGARDE LA PASTILLE
R ASSOCIE 2 MOTS
5 ATTRAPE HOCHET
R MONTRE PARTIE DU CORPS
4 SUIT SUR 180°
R 3 MOTS (AUTRE QUE PAPA, MAMAN)
R MAINS PALPÉES
R PAPA, MAMAN (DIRIGÉ)
4 SUIT EN DÉPASSANT 90°
R JARGONNE
MOUVEMENTS SYMÉTRIQUE
100 % à la naissance
R PAPA, MAMA, NON DIRIGÉ
4 SUIT SUR 90°
SE TOURNE VERS VOIX
LANGAGE
R GAZOUILLE
24 LANCE LA BALLE
R RIT
R SHOOTE DANS UN BALLON
R VOCALISE
R 23 MONTE LES ESCALIERS
RÉAGIT CLOCHE
R MARCHE À RECULONS
MOTRICITÉ
R MARCHE BIEN
R SE PENCHE ET SE REDRESSE
R DEBOUT SANS APPUI
R DEBOUT QUELQUES INSTANTS
R MARCHE EN SE TENANT
R S'ASSEOIT
R SE LÈVE
R DEBOUT AVEC SUPPORT
ASSIS SANS SUPPORT
APPUI UN PEU SUR (JAMBES)
22 TIRÉ ASSIS TÊTE TENUE
R SE RETOURNE
21 RELÈVE, POUSSE SUR BRAS
ASSIS TÊTE STABLE
TÊTE À 90° D.V.
TÊTE À 45 ° D.V.
RELÈVE TÊTE D.V.


20 21 22 23 24 2½ 3 3½ 4 4½ 5 5½ 6
R3 S'HABILLE (SANS AIDE)
R SÉPARATION FACILE AVEC LA MÈRE
R BOUTONNE
R3 S'HABILLE (AVEC AIDE)
R JEUX À PLUSIEURS (CHAT, ETC.)
R LAVE ET SÈCHE SES MAINS
13 BONHOMME 6 PARTIES
R ENFILE SES VÊTEMENTS
12 COPIE UN CARRÉ
FAIT UN CARRÉ (DÉMONSTRATION)
13 BONHOMME 3 PARTIES
11 COPIE UNE CROIX
10 RECONNAÎT LA PLUS LONGUE LIGNE
FAIT UN PONT
TOUR DE 8 CUBES
9 COPIE UN CERCLE
LIGNE VERTICALE (DANS LES 30°)
DE LA BOUTEILLE (SPONTANÉMENT)
20 COMPOSITIONS D'OBJETS
87 %
19 DÉFINIT MOTS 6/9
87 %
18 CONTRAIRE PAR ANALOGIE
R CONNAÎT LES COULEURS ¾
17 COMPREND SUR, SOUS, DEVANT, DERRIÈRE ¾
16 COMPREND FROID, FAIM, FATIGUE [2/3]
R SAIT SON NOM ET PRÉNOM
R UTILISE PLURIELS
28 MARCHE EN LIGNE (ARRIÈRE)
TIENT SUR UN PIED (10 SECONDES)
14 NOMME IMAGE
27 ATTRAPE BALLE AU BOND 2/3
26 MARCHE EN LIGNE (AVANT)
SAUTE SUR UN PIED
TIENT SUR UN PIED (5 SECONDES)
25 SAUTE LOIN
TIENT SUR 1 PIED (1 SECONDE)
R PÉDALE (TRICYCLE)
SAUTE SUR PLACE
TEST DE DÉVELOPPEMENT
Peut être réussi si raconté
25
R
50
75
90 % de réussite
D.V. : Décubitus Ventral
"R" en début de rectangle signifie que l'épreuve peut être considérée comme réussie si les parents rapportent que l'enfant la réalise (vie quotidienne).
Le numéro en début de rectangle correspond aux notes de la grille explicative de passation.
DATE :
NOM :
DATE DE NAISSANCE :
20 21 22 23 24 2½ 3 3½ 4 4½ 5 5½ 6

Annexe 2 : fiche flash d'information de 2004 destinée aux MG d'Auvergne sur les troubles du développement psychomoteur

AVIS SPÉCIALISÉ À DEMANDER SI ...

- Asymétrie de gesticulation.
- Absence de réaction au bruit précoce.
- Absence de suivi oculaire à 1 mois
- Absence de tenue de tête au tiré-assis à 3-4 mois.
- Absence de babil à 11 mois.
- À 12 mois l'enfant n'essaie pas de répeter.
- Absence de tenue assise seule après 8 mois.
- Absence de marche seule à 18 mois.
- Absence d'utilisation de papa maman dirigé à 18 mois ou de mots significatifs autres que papa-maman à 24 mois.
- Absence d'association de mots à 26 mois.
- Enfant silencieux, stagnation du langage.
- Enfant qui " tient debout en appui sur ses jambes " sans stabilité de la tenue assise (hypertonie).

	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	24 mois
Motricité globale	assis, tient sa tête stable	tient assis sans support	tient debout avec appui	marche stable	monte escalier avec pied directeur
Motricité fine	suit des yeux sur 180 °	attrape par préhension vers l'objet	pince pouce-doigt	pince pouce-index précise	encastre, imite un trait
Langage	vocalise	gazouille	babille avec des disyllabes	papa, maman dirigé	suit des ordres, associe deux mots
Contact social	sourire, réponse	s'oppose au retrait d'un jouet	peur des inconnus	indique ce qu'il veut	mange seul à la cuillère, enlève ses vêtements

C.H.U. Clermont-Ferrand, Service Communication, décembre 2004

DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT ENTRE 0 ET 2 ANS

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CLERMONT FERRAND

Fiche réalisée à la suite d'un travail de thèse

Pr. LABBÉ, Pr. BOESPFLUG-TANGUY, Pr. PHILIPPE, Pr. SCHMIDT, Dr. LACOMBE, Dr. VORILHON, Dr. DAUPHIN

ALLIER 03

MOULINS

Service de pédiatrie
Docteur CROST
10 avenue du Général de Gaulle
BP 609
03006 Moulins Cédex
☎ 04.70.35.76.69

MONTLUÇON

CAMSP
Docteur LOUYOT
18 avenue du 8 mai 1945
BP 1148
03113 Montluçon Cédex
☎ 04.70.02.30.35

VICHY

Service de pédiatrie
Docteur GOUMY
boulevard Denière
BP 2757
03201 Vichy
☎ 04.70.97.33.78

HAUTE-LOIRE 43

Le PUY en VELAY

CAMSP
29 avenue de la mairie
43000 Espaly Saint Marcel
☎ 04.71.04.10.20

PUY de DÔME 63

CLERMONT-FERRAND

CAMSP
30 bis rue Sainte-Rose
63000 Clermont-Ferrand
☎ 04.73.36.10.10

Fédération des troubles du développement et du handicap de l'enfant (Fedhane) du CHU de Clermont-Ferrand

- Consultation multidisciplinaire des troubles neuromoteurs d'origine génétique
☎ 04.73.75.02.80

- Unité médico-psychologique de diagnostic et d'évaluation des troubles précoces du développement
☎ 04.73.75.19.50

CANTAL 15

AURILLAC

CAMSP
Madame le Docteur GARNIER
Centre Hospitalier Henri Mondor
50 avenue République
BP 229
15002 Aurillac Cédex
☎ 04.71.46.46.39

20 consultations obligatoires entre 0 et 6 ans donnant lieu à un remboursement à 100 %

Feuille de soins, cocher maternité, avec la date de naissance.

Consultations des 8e jour, 9e et 24e mois donnent lieu à un examen obligatoire cotés C+FPE (forfait pédiatrique) 25 €

Consultations en dehors de toute rencontre motivée par une pathologie.

Courbes biométriques dans le carnet de santé : périmètre crânien, taille, poids, corpulence.
Toute cassure ou éloignement de 2 dérivations standards au-dessus ou au-dessous par rapport à la moyenne doivent entraîner un bilan plus approfondi.

Recherche systématique à chaque consultation d'un trouble de la vision et de l'audition, éléments importants au bon développement psychomoteur.

Annexe 3 : demande de relecture de la fiche réflexe par les médecins des CHU

Docteur

Le CAMSP de la Dordogne a créé une plaquette d'information sur le développement psychomoteur destinée aux médecins généralistes de Dordogne.

L'objectif de notre étude est de faire valider cette plaquette par des experts.

Vous trouverez ci-joint la plaquette.

Merci d'apporter vos modifications directement sur cette plaquette et de nous la renvoye dans l'enveloppe prévue à cet effet accompagnée du questionnaire.

Vous remerciant pour votre participation.

Carine MICOINE. *Jean-Benoît DAUPHIN*

1. **Relecture et correction manuscrite de la plaquette ci-jointe.**
2. **Est-ce que vous validez de manière générale les données présentes sur cette plaquette ?**

☐ OUI

☐ NON

Si non quelles sont les données invalides ?

3. **Est-ce que vous validez la présentation générale de la plaquette ?**

☐ OUI

☐ NON

Si non quelles modifications proposez-vous ?

4. **Commentaires libres, suggestions :**

Annexe 4 : première version de la fiche réflexe

Dépliant à destination des professionnels de santé

3. Les actions thérapeutiques

Le CAMSP est un service de soins de I er recours sans demande d'avance de frais. Les interventions sont réalisées sous responsabilité médicale.

Les prises en charges peuvent être individuelles ou en groupe. Elles peuvent comprendre :

* un bilan médical par un pédiatre du CAMSP,
* Une psychothérapie, des entretiens d'aide et de soutien psychologique, des entretiens familiaux,
* Une guidance parentale,
* Un suivi orthophoniques,
* Un suivi psychomoteur,
* Un suivi individuel et familial par les infirmières puéricultrices soit au CAMSP, soit dans les lieux de vie de l'enfant.

4. L' équipe coordinatrice

Docteur B. CAUCAT, directrice du Pôle PMI—Actions de Santé.

Docteur J.-B. DAUPHIN, directeur technique.

Mademoiselle M. LACAZE, directrice administrative.

CAMSP de Dordogne

mail: cd24.camsp-direction@dordogne.fr

* ANTENNE DE BERGERAC
  Impasse Desmartis
  24100 BERGERAC
  Tél : 05-53-02-04-40
  Fax : 01-57-67-29-15
* ANTENNE DE PERIGUEUX
  DDSP Cité Administrative
  Bât B — 2ème étage
  Rue du 26ème Régiment d'Infanterie
  CS 70010
  24016 PERIGUEUX Cedex
  Tél : 05.53.02.03.91
  Fax : 01-57-67-29-32
* ANTENNE DE TERRASSON
  Château Jeanne d'Arc
  Place du Foirail
  24120 TERRASSON
  Tél : 05-53-50-21-01

Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans

Pour une orientation précoce

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Novembre 2015

1. Les missions

Le CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) a pour vocation la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap.

Les missions du CAMSP polyvalent de Dordogne :

* le dépistage, le diagnostic précoce des déficits et des troubles et leurs prises en charge;
* la prévention ou la réduction de l'aggravation des handicaps;
* Les soins;
* l'accompagnement familial;
* Le soutien, l'aide et l'adaptation sociale et éducative;
* La formation et l'information auprès des partenaires (mission ressource).

2. Les textes

* Décret n° 76-389 du 15/04/1976 – annexe XXXII bis .
* Code de l'action sociale L. 343-1.
* ANESM. Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Janvier 2015.

	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	24 mois
Motricité globale	assis tient sa tête stable	Tient assis sans support	Tient debout avec appui.	Marche stable	Monte escalier avec pied directeur
Motricité fine	Suit des yeux sur 180°	Attrape par préhension vers l'objet	Pince pouce-doigt	Pince pouce-index précise	Encastre, Imite un trait
Langage	Vocalise	Gazouille	Babille avec dissyllabes	Papa, maman dirigé	Suit des ordres, associe deux mots
Contact social	Sourire réponse	S'oppose au retrait d'un jouet	Peur des inconnus	Indique ce qu'il veut	Mange seul à la cuillère, enlève ses vêtements

Avis spécialisé à demander si...

* Asymétrie de gesticulation.
* Absence de réaction au bruit précoce.
* Absence de suivi oculaire à 1 mois.
* Absence de tenue de tête au tiré assis à 4 mois.
* Absence de babil à 6 mois.
* Absence de tenue assise à 9 mois.
* Ne marche pas à 18 mois.
* Absence d'utilisation de papa maman dirigé à 18 mois ou de mots significatifs autres que papa-maman à 24 mois.
* Absence d'association de mots à 26 mois.
* Enfant silencieux, stagnation du langage.
* Enfant qui « tient debout en appui sur ses jambes » sans stabilité de la tenue assise (hypertonie).

Projet

Annexe 5 : version de la fiche réflexe présentée aux MG après relecture par les médecins spécialistes

Dépliant à destination des professionnels de santé

3. Les actions thérapeutiques

Le CAMSP est un service de soins de premier recours sans demande d'avance de frais. Les interventions sont réalisées sous responsabilité médicale.

Les prises en charges peuvent être individuelles ou en groupe. Elles peuvent comprendre :

* un bilan médical par un pédiatre du CAMSP,
* Une psychothérapie, des entretiens d'aide et de soutien psychologique, des entretiens familiaux,
* Une guidance parentale,
* Un suivi orthophonique,
* Un suivi psychomoteur,
* Un suivi individuel et familial par les infirmières puéricultrices soit au CAMSP, soit dans les lieux de vie de l'enfant.

4. L' équipe coordinatrice

Docteur B. CAUCAT, directrice du Pôle PMI—Actions de Santé.

Docteur J.-B. DAUPHIN, directeur technique.

Mademoiselle M. LACAZE, directrice administrative.

CAMSP de Dordogne

* ANTENNE DE BERGERAC
  Impasse Desmartis
  24100 BERGERAC
  Tél : 05-53-02-04-40
  Fax : 01-57-67-29-15
* ANTENNE DE PERIGUEUX
  DDSP Cité Administrative
  Bât B – 2ème étage
  Rue du 26ème Régiment d'Infanterie
  CS 70010
  24016 PERIGUEUX Cedex
  Tél : 05.53.02.03.91
  Fax : 01-57-67-29-32
* ANTENNE DE TERRASSON
  Château Jeanne d'Arc
  Place du Foirail
  24120 TERRASSON
  Tél : 05-53-50-21-01

mail: cd24.camsp-direction@dordogne.fr

Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans

Pour une orientation précoce

Dordogne PÉRIGORD LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Février 2016

1. Les missions

Le CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) a pour vocation la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap.

Les missions du CAMSP polyvalent de Dordogne :

* le dépistage, le diagnostic précoce des déficits et des troubles et leurs prises en charge,
* la prévention ou la réduction de l'aggravation des handicaps,
* l'accompagnement familial,
* Le soutien, l'aide et l'adaptation sociale et éducative,
* La formation et l'information auprès des partenaires (mission ressource).

2. Les textes

* Décret n° 76-389 du 15/04/1976 – annexe XXXII bis .
* Code de l'action sociale L. 343-1.
* ANESM. Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Janvier 2015.

Référentiel du développement psychomoteur normal de l'enfant de 0 à 2 ans

	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	24 mois
Motricité globale	Maintenu assis tient sa tête stable	Se retourne seul sur le ventre ou sur le dos	Tient assis sans support	Marche avec aide	Monte escalier avec pied directeur
Motricité fine	Suit des yeux sur 180°	Préhension volontaire,	Pince pouce-doigt	Pince pouce-index précise	Encastre Imite un trait
Langage	Vocalise	Gazouille	Babille avec dissyllabes	Papa, maman dirigé	Suit des ordres Associe deux
Contact social	Sourire réponse	S'oppose au retrait d'un jouet Saisit l'objet d'une main à l'autre	Peur des inconnus	Indique ce qu'il veut	Mange seul à la cuillère Enlève ses vêtements

Avis spécialisé à demander si...

Retard des acquisitions posturales et motrices :

* Asymétrie de gesticulation.
* Absence de tenue de tête au tiré assis à 4 mois.
* Absence de tenue assise à 9 mois.
* Ne marche pas à 18 mois.
* Enfant qui « tient debout en appui sur ses jambes » sans stabilité de la tenue assise (hypertonie).

Retard ou absence de communication verbale et/ou trouble de l'interaction sociale, dépistage sensoriel :

* Absence de réaction précoce au bruit.
* Absence de suivi oculaire à 1 mois.
* Absence de babil à 12 mois.
* Absence d'utilisation de papa maman dirigé à 18 mois ou de mots signifiants autres que papa-maman à 24 mois.
* Absence d'association de mots à 24 mois.
* Enfant silencieux, stagnation du langage.

Annexe 6 : questionnaire

Nous avons crée un projet de fiche réflexe destinée aux médecins généralistes comportant des éléments clés sur le dépistage et la prise en charge des troubles du développement psychomoteur et sensoriel chez l'enfant de 0 à 2 ans. Elle comporte également des informations sur le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de la Dordogne. L'objectif de notre travail est de faire évaluer la pertinence de cet outil par les médecins généralistes.

VOTRE SITUATION :

1. **Vous êtes** : Homme ☐ Femme ☐
2. **Votre âge** : < 35 ans ☐ 35-44 ans ☐ 45-54 ans ☐ ≥ 55ans ☐
3. **Depuis combien d'années êtes-vous** installé ?

< 5 ans ☐ 5-15 ans ☐ 16-30 ans ☐ > 30 ans ☐

4. **Votre lieu d'activité** : Urbain ☐ Rural ☐

(Définition INSEE : la commune urbaine est une commune appartenant à une unité urbaine ; la commune rurale est une commune n'appartenant pas à une unité urbaine ; l'unité urbaine devant comporter une zone bâtie d'au moins 2000 habitants et où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200mètres.)

5. **Votre mode d'exercice** : Seul ☐ Cabinet de groupe ☐

Exercez-vous une activité en :

6. **Médecine scolaire** : oui ☐ non ☐
7. **PMI** : oui ☐ non ☐
8. **Approximativement, quelle est la proportion d'enfants de moins de 6 ans dans votre patientèle** :

< 10 % ☐ 10-25 % ☐ 25-50 % ☐ > 50 % ☐

9. **Connaissez-vous le CAMSP ?** Oui ☐ Non ☐
10. **Avez-vous déjà adressé un enfant au CAMSP** ? Oui ☐ Non ☐
11. **Suivez-vous des enfants qui sont (ou ont été) pris en charge par le CAMSP** ? Oui ☐ Non ☐

CRÉATION D'UNE FICHE RÉFLEXE

Que vous connaissiez la structure ou non, vous pouvez nous aider à améliorer cette fiche.
Les données recueillies seront anonymes.

Lecture de la fiche par le médecin généraliste

I. Votre avis sur la présentation

12. Le support papier convient-il à votre pratique ? Oui ☐ Non ☐

13. Si non, préféreriez-vous un support informatique ? Oui ☐ Non ☐

14. Vous trouvez la fiche: Trop longue ☐ Trop courte ☐ De bonne longueur ☐

15. L'ordonnancement des pages vous convient-il ? Oui ☐

Non ☐ précisez :

16. La présentation générale vous contient-elle ? Oui ☐

Non ☐ précisez :

II. Contenu, votre avis sur les différentes parties

17. Le Tableau de développement normal de l'enfant peut-il vous aider dans votre pratique ? Oui ☐ Non ☐

18.

Oui car (plusieurs choix possibles) :
- C'est un memo pratique ☐
- Vous n'avez pas d'outil équivalent en votre possession ☐
- Autre, précisez:

Non car (plusieurs choix possibles) :
- Ces connaissances sont déjà acquises ☐
- Vous êtes déjà en possession d'un outil équivalent ☐
  Lequel :……
- Autre, précisez:

19. La partie « Avis spécialisé à demander si… » peut-elle vous aider dans votre pratique ? Oui ☐ Non ☐

20.

Oui car (plusieurs choix possibles):
- C'est un memo pratique ☐
- Vous n'avez pas d'outil équivalent en votre possession ☐
- Autre, précisez:

Non car (plusieurs choix possibles):
- Ces connaissances sont déjà acquises ☐
- Vous êtes déjà en possession d'un outil équivalent ☐
  Lequel :……
- Autre, précisez :

21. Avant de lire la fiche, connaissiez-vous les différentes missions du CAMSP ?

Oui toutes ☐ Oui en partie ☐ Non aucune ☐

22. Si oui en partie, la ou lesquelles étaient méconnues :

- ☐ Le dépistage et le diagnostic précoce des déficits et des troubles et leur prise en charge
- ☐ La prévention ou la réduction de l'aggravation des handicaps
- ☐ L'accompagnement familial
- ☐ Le soutien, l'aide et l'adaptation sociale et éducative
- ☐ La formation et l'information auprès des partenaires

23. Est-ce que le récapitulatif de ces missions peut être utile dans votre pratique? Oui ☐ Non ☐

24. Pourquoi ?

25. Avant de lire la fiche, connaissiez-vous les différentes actions thérapeutiques du CAMSP ?

Oui toutes ☐ Oui en partie ☐ Non aucune ☐

26. Si oui en partie la ou lesquelles étaient méconnues :

- ☐ Un bilan médical par un pédiatre médecin du CAMSP
- ☐ Des psychothérapies, entretiens d'aide et de soutien psychologique, entretiens familiaux
- ☐ Une guidance parentale
- ☐ Des suivis orthophoniques
- ☐ Des suivis psychomoteurs
- ☐ Un suivi individuel et familial par les puéricultrices soit au CAMSP, soit dans les lieux de vie de l'enfant

27. Est-ce que le récapitulatif de ces actions peut être utile dans votre pratique? Oui ☐ Non ☐

28. Pourquoi ?

29. Est-ce que cette fiche réflexe vous donne suffisamment de renseignements pratiques (adresse, téléphone…) sur les antennes du CAMSP?

Oui ☐

Non ☐ précisez :

III. Évaluation

30. Cette fiche en êtes-vous : Très satisfait ☐ Plutôt Satisfait ☐ Plutôt insatisfait ☐ Très insatisfait ☐

31. Pensez vous que cette fiche vous sera utile: Tout à fait utile ☐ Plutôt Utile ☐

Plutôt pas utile ☐ Pas du tout utile ☐

32. Cette fiche vous aidera-elle à orienter des enfants au CAMSP ? Oui ☐ Non ☐

IV. De façon générale

33. Avez-vous d'autres propositions pour aider le médecin généraliste dans la prise en charge d'enfant présentant un trouble du développement psychomoteur ?

Annexe 7 : dernière version de la fiche réflexe

Dépliant à destination des professionnels de santé

3. Les actions thérapeutiques

Le CAMSP est un service de soins de premier recours sans demande d'avance de frais. Les interventions sont réalisées sous responsabilité médicale.

Les prises en charges peuvent être individuelles ou en groupe. Elles peuvent comprendre :

* un bilan médical par un pédiatre du CAMSP,
* Une psychothérapie, des entretiens d'aide et de soutien psychologique, des entretiens familiaux,
* Une guidance parentale,
* Un suivi orthophonique,
* Un suivi psychomoteur,
* Un suivi individuel et familial par les infirmières puéricultrices soit au CAMSP, soit dans les lieux de vie de l'enfant.

4. L' équipe coordinatrice

Docteur B. CAUCAT, directrice du Pôle PMI—Actions de Santé.

Docteur J.-B. DAUPHIN, directeur technique.

Mademoiselle M. LACAZE, directrice administrative.

CAMSP de Dordogne

* **ANTENNE DE BERGERAC**
  Impasse Desmartis
  24100 BERGERAC
  Tél : 05-53-02-04-40
  Fax : 01-57-67-29-15
  Horaires : Lun, Mer, Jeu : 8h30-12h et 14h17h
  Mar : 14h-17h et Ven : 8h30-12h

* **ANTENNE DE PERIGUEUX**
  DDSP Cité Administrative
  Bât B – 2ème étage
  Rue du 26ème Régiment d'Infanterie
  CS 70010
  24016 PERIGUEUX Cedex
  Tél : 05-53-02-03-91
  Fax : 01-57-67-29-32
  Horaires: Lun : 14h-17h
  Mar : 14h-17h et Ven : 8h30-12h
  Mer, Jeu : 8h30-12h et 14h-17h

* **ANTENNE DE TERRASSON**
  Château Jeanne d'Arc
  Place du Foirail
  24120 TERRASSON
  Tél : 05-53-50-21-01
  Horaires : Mar : 8h30-12h et Jeu : 14h-17h

mail: cd24.camsp-direction@dordogne.fr

Février 2016

Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans

Pour une orientation précoce

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT | dordogne.fr

1. Les missions

Le CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) a pour vocation la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap.

Les missions du CAMSP polyvalent de Dordogne :

* le dépistage, le diagnostic précoce des déficits et des troubles et leurs prises en charge,
* la prévention ou la réduction de l'aggravation des handicaps,
* l'accompagnement familial,
* Le soutien, l'aide et l'adaptation sociale et éducative,
* La formation et l'information auprès des partenaires (mission ressource).

2. Les textes

* Décret n° 76-389 du 15/04/1976 – annexe XXXII bis .
* Code de l'action sociale L. 343-1.
* ANESM. Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Janvier 2015.

Référentiel du développement psychomoteur normal de l'enfant de 0 à 2 ans

	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	24 mois
Motricité globale	Maintenu assis tient sa tête stable	Se retourne seul sur le ventre ou sur le dos	Tient assis sans support	Marche avec aide	Monte escalier avec pied directeur
Motricité fine	Suit des yeux sur 180°	Préhension volontaire,	Pince pouce-doigt	Pince pouce-index précise	Encastre
	Préhension au contact	Saisit l'objet d'une main à l'autre	Pince pouce-doigt.		Imite un trait
Langage	Vocalise	Gazouille	Babille avec dissyllabes	Papa, maman dirigé	Suit des ordres
					Associe deux
Contact social	Sourire réponse	S'oppose au retrait d'un jouet	Peur des inconnus	Indique ce qu'il veut	Mange seul à la cuillère
					Enlève ses vêtements

Avis spécialisé à demander si...

Retard des acquisitions posturales et motrices :

* Asymétrie de gesticulation.
* Absence de tenue de tête au tiré assis à 4 mois.
* Absence de tenue assise à 9 mois.
* Ne marche pas à 18 mois.
* Enfant qui « tient debout en appui sur ses jambes » sans stabilité de la tenue assise (hypertonie).

Retard ou absence de communication verbale et/ou trouble de l'interaction sociale, dépistage sensoriel :

* Absence de réaction précoce au bruit.
* Absence de suivi oculaire à 1 mois.
* Absence de babil à 12 mois.
* Absence d'utilisation de papa maman dirigé à 18 mois ou de mots signifiants autres que papa-maman à 24 mois.
* Absence d'association de mots à 24 mois.
* Enfant silencieux, stagnation du langage.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Titre en anglais

Assessment of the usefulness of a booklet for the psychomotor development examination of infants (aged 0 to 2) by general practitioners (GPs) based in Dordogne under the coordination of the Centre for early medical and social action (CAMSP).

Introduction: Infants with a psychomotor developmental disorder need to be managed early. That is what Centres for early medical and social action (CAMSP) are here for. General practitioners (GPs) in Dordogne refer few children to these centres. The purpose of this study is to have them assess the usefulness of a booklet including key information about infants (aged 0 to 2) with a psychomotor developmental disorder and about the CAMSP. If 75% of GP were satisfied, the circulation of the booklet would be looked at. The secondary objectives were to assist GPs in managing infants with such a disorder and improve the collaboration between GPs and the CAMSP.

Tools and methodology: A cross-cutting study carried out between March 31st and May 2nd 2016 using a questionnaire delivered during interviews with GPs based in Dordogne. 40 GPs have been chosen randomly. The booklet was developed using data from the literature and was read over by several medical specialists.

Results: 30 GPs have accepted to take part in the study. 57% of them didn't know the CAMSP and 80% had never referred any children there. 87% found the booklet had the right amount of information and were happy with the paper format. 83% said that the information on psychomotor development would help them in their professional practice. 70% didn't know the missions and actions of the CAMSP and most stated that a reminder would be helpful. 90% of GPs were satisfied with the booklet and 94% found it useful.

Conclusion: The booklet has a good potential for circulation. It provides GPs with clear and objective information to help them screen children for developmental disorders and refer them to a CAMSP. GPs could also benefit from continuous medical education, more networking, better efficiency in patient management at the CAMSP and awareness rising among parents on screening.

Key words : Screening, General practitioner, CAMSP, Psychomotor development, Psychomotor disorder, Infant, Child.

Résumé

Introduction : La prise en charge d'un enfant présentant des troubles du développement psychomoteur doit être précoce. Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) répondent à cette nécessité. Les médecins généralistes (MG) en Dordogne y adressent peu d'enfants. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer par des MG la pertinence d'une fiche réflexe comportant des éléments clés sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans et sur le CAMSP. Si 75 % des MG en étaient satisfaits, sa diffusion serait envisagée. Les objectifs secondaires étaient d'aider les MG dans la prise en charge des enfants présentant un trouble et d'améliorer la collaboration entre les MG et le CAMSP.

Matériels et méthode : Étude transversale réalisée du 31 mars au 2 mai 2016 à l'aide d'un questionnaire administré au cours d'un entretien auprès de MG installés en Dordogne. 40 MG ont été tirés au sort. La fiche a été conçue à partir des données de la littérature et relue par des médecins spécialistes.

Résultats : 30 MG ont accepté de participer à l'étude. 57 % ne connaissaient pas le CAMSP et 80 % n'y avaient jamais orienté d'enfants. 87 % trouvaient la fiche réflexe de bonne longueur et étaient satisfaits du support papier. 83 % affirmaient que les éléments sur le développement psychomoteur les aideraient dans leur pratique. 70 % ne connaissaient pas les missions et les actions du CAMSP et la majorité affirmait que leur récapitulatif les aiderait dans leur pratique. 90 % des MG sont satisfaits de la fiche et 94 % la trouve utile.

Conclusion : La diffusion de la fiche est concevable. Elle apporte des éléments simples et objectifs aux MG pour dépister des troubles du développement chez l'enfant et l'adresser vers le CAMSP. La formation médicale continue, le développement du travail en réseau, l'amélioration des délais de prise en charge au CAMSP et la sensibilisation des parents au dépistage pourraient aussi aider le MG dans cette prise en charge.

Discipline : Médecine générale

UFR : Faculté de médecine de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex

---

Mots clés : Dépistage, Médecine générale, CAMSP, Développement psychomoteur, Troubles psychomoteurs, Nourrisson, Enfant.