HAL
open science

Place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'enfants en difficultés scolaires

Emma Galpern-Tua

To cite this version:

Emma Galpern-Tua. Place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'enfants en difficultés scolaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01960035

HAL Id: dumas-01960035

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01960035v1

Submitted on 19 Dec 2018

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.

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'enfants en difficultés scolaires.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 22 Juin 2018

Par Madame Emma GALPERN

Née le 5 août 1988 à Lyon 08eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MILH Mathieu	**Président**
Madame le Professeur REYNAUD Rachel	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	**Assesseur**
Monsieur le Docteur POUJOL Jean-Louis	**Directeur**
Monsieur le Professeur BAILLY Daniel	**Assesseur**

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'enfants en difficultés scolaires.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 22 Juin 2018

Par Madame Emma GALPERN

Née le 5 août 1988 à Lyon 08eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MILH Mathieu	**Président**
Madame le Professeur REYNAUD Rachel	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	**Assesseur**
Monsieur le Docteur POUJOL Jean-Louis	**Directeur**
Monsieur le Professeur BAILLY Daniel	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 18/07/2017

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie)
	CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
	T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.)
	Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique)
	Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
	C.GIBBS (U.S.A.)
	J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.)
	R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.)
	M. SCHOU (Danemark)
	M. AMENT (U.S.A.)
	Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
	S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.)
	KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.)
	T. MUNSAT (U.S.A.)
	LIANA BOLIS (Suisse)
	L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.)
	W.K. ENGEL (U.S.A.)
	V. ASKANAS (U.S.A.)
	J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
	A. DAVIGNON (Canada)
	A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre

FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)

LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Mathieu MILH, merci d'avoir accepté de présider ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de mes plus sincères remerciements.

A Madame le Professeur Rachel REYNAUD, vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Gaëtan GENTILE, je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury. Merci pour votre implication dans notre formation.

A Monsieur le Docteur Jean-Louis POUJOL, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci de m'avoir sensibilisée à ce sujet et pour votre aide précieuse dans la réalisation de ce travail. Merci pour votre disponibilité et tous vos conseils.

A Monsieur le Professeur Daniel BAILLY, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en apportant votre expérience de psychiatre.

A ma famille

A mon père, Papa, je te dédie cette thèse.

A ma mère, Maman, merci pour ton soutien sans faille et ton amour inconditionnel. Ta force, ton courage et ton amour me porteront toujours. Je t'aime tellement. Merci d'avoir toujours été là. Merci pour ton aide dans la relecture de cette thèse. Ces quelques mots ne suffisent pas...

A mon frère, Louis, Frérot, merci d'être là. Tu profites bien plus que moi de tes années « fac » et tu as tellement raison ! Je suis fière de toi et je serai toujours là pour toi. Je t'aime très fort.

A ma sœur, Sophie, mon beau-frère Marc et mes neveux adorés Lucas, Michael et Ethan. Merci pour tous les superbes moments passés ensemble. Vous voir quasi tous les dimanches pendant ces 6 premières années d'études qui n'étaient pas toujours évidentes était vraiment réconfortant ! Je vous aime fort fort fort.

A ma mamie d'amour, Mamie, merci pour tout ! Merci pour ton soutien tout au long de ces années d'études, merci pour tous tes petits plats qu'on ramène le dimanche soir que j'aime tellement. Bientôt notre virée toutes les deux dans les Ardennes, j'ai hâte. *A mon Papy d'Amour* parce que c'était le meilleur des grands pères et qu'il me manque beaucoup !

A ma tatie et ma cousine chérie, Lili, je vous aime fort. Merci pour tous les bons moments passés ensemble en famille.

A mes supers beaux-parents, Fabienne et Philippe, merci pour votre grand soutien tout au long de nos études. Merci pour votre accueil toujours au top. Que de supers moments partagés ensemble ! *Beau-frère, Iva*, merci pour ta joie et ta bonne humeur contagieuse. Au fait, tiens, regarde ce que j'ai trouvé par terre !

A mon Amour, Plus de 10 ans déjà ! 10 ans de joie, de rires, d'amour, de complicité et de soutien inébranlable. On a passé toutes ces études main dans la main, de la P1 à l'ECN puis l'internat et la découverte de Marseille. On a tout surmonté ! Merci mille fois, pour tout. Tu fais de moi la plus heureuse. Je t'aime.

A mes amis

A Tifou, Clo, Po, les meilleures amies du monde, depuis la maternelle ou le lycée on ne s'est jamais lâchées et je vous remercie d'avoir toujours été là pour moi, et de ne m'en avoir jamais voulu quand je révisais ou bossais au lieu d'être en vadrouille avec vous ! J'ai énormément de chance de vous avoir. Je suis fière de notre amitié et je vous aime très fort.

A ma Nonette et Flo, mes jardinois préférés, même si l'on ne se voit plus assez souvent, avec vous quand on se retrouve c'est comme si on ne s'était jamais quittés, fous-rires assurés.

A Ervand, Carole, Jojo et Anna, quelle magnifique famille vous formez tous les quatre ! Merci pour tous les bons moments passés ensemble. Votre amitié m'est précieuse. Je vous aime fort !

A ma n'Audrey, avec qui toutes ces années d'études ont commencé… J'ai tellement de bons souvenirs en tête, que ce soit au lycée, la P1 en colloc, ou après... Merci pour tout ! Je te souhaite le meilleur avec Mathieu, Alexis et la future miss qui va agrandir votre famille.

A n'Olivier, merci d'être toujours là aussi depuis la P1... j'aimerais qu'on se voie plus souvent, mais quelle idée d'être parti si loin ! Merci d'avoir fait le trajet jusqu'ici pour l'occasion.

Et aux autres copains de la P1, *Audrey, Mag, JC*, c'est toujours un vrai plaisir de vous voir et j'espère que l'on continuera nos week-ends encore de nombreuses années !

A Léo et Marine, qu'est-ce que je vous kiffe ! Les moments avec vous sont toujours extras, que ce soit à Marseille, à Lyon, à Florence, autour d'une raclette ou d'une bouteille de Get 27, et j'espère qu'il y en aura plein d'autres. Mon chéri, merci de si bien choisir tes potes, et Léo, merci d'avoir si bien choisi ta chérie ! Je vous souhaite tout le bonheur du monde dans votre nouvelle trop chouette maison. Hé, vous savez ce qu'on dit de moi ?

A Camille et Sandra, les filles je suis tellement contente qu'on ait pas perdu contact ! Un grand merci d'être venues jusqu'à Marseille pour ma thèse, je vous adore !! J'espère vous voir plus souvent.

A Clairette et Fiona, vous êtes mes plus belles rencontres de cet internat... Tout a commencé dans cet horrible stage de gastro mais finalement on s'est rencontrées et je suis tellement contente !!! Merci pour tout... Des soirées 2000 kcal au road trip au Costa Rica en passant par la dune du Pilat en 48 heures ou au week-end shopping à Londres, on en a vécu des choses en 4 ans, et ce n'est pas prêt de s'arrêter ! Je vous aime fort mes poupettes !

A Delphine, finalement il a fallu attendre le post internat à Marseille pour vraiment apprendre à se connaitre, et j'en suis sincèrement ravie. Tu vas partir à Tahiti puis à la Réunion, tes coups de fil et nos soirées vont me manquer. Mais tes projets sont géniaux, fonce !

A Anne Laure, ma poule, merci pour ton soutien sans faille ! Du premier stage d'interne où l'on s'est rencontrées, jusqu'à mes premiers remplas, merci d'avoir été toujours là pour répondre à mes questions quand je doutais ! Je te souhaite tout le bonheur possible avec Jerem et votre magnifique petit Antoine. *Manon*, je suis ravie de t'avoir rencontrée et j'adore nos groupes de paires toutes les trois ! Un énorme merci pour ta relecture de cette thèse.

Au super résultat du WEI*, Manon, Julie, Alizée, Delphine, Claire,* vous avez vu les filles j'ai fini par la passer cette thèse, et en plus j'ai attendu que vous soyez toutes rentrées de vos inter-chu divers et exotiques !!

A Benjamin, un très grand merci pour avoir fait les stats de ma thèse, toujours lors de soirées très sympas avec Eugénie et Raphou.

A Sonia et Guillaume qui m'ont fait confiance en me confiant leur cabinet pour mon tout premier vrai rempla ! Votre cabinet est vraiment chouette et c'est toujours un plaisir de vous remplacer 1 an et demi après.

Merci à tous les praticiens que j'ai rencontrés durant mon internat et qui ont enrichi ma formation :

Au Dr Poujol Jean-Louis, merci pour tout. Je ne pouvais espérer mieux comme maîtrise de stage puis SASPAS que d'être à vos côtés. Merci pour votre bienveillance, vos nombreux conseils, votre disponibilité. Merci de faire partager votre amour pour la médecine générale.

Au Dr Valérie Bernard, merci pour ces 6 mois à tes cotés durant lesquels j'ai tant appris en pédiatrie. Merci de m'avoir inspirée ce sujet, et merci d'avoir distribué mon questionnaire dans ton cabinet. Merci *à Naïma et Véronique*, et merci *à Laetitia* pour m'avoir fait découvrir leurs métiers d'orthophoniste et de neuropsychologue et leurs accueils chaleureux dans leurs consultations.

Au Dr Alain Santoni et Dr Didier Giuly pour m'avoir confié leurs patients durant 6 mois pendant mon SASPAS. *Au Dr Savelli et au Dr Alcaraz* pour m'avoir acceptée durant leurs consultations. A toute *la PMI d'Aubagne* pour son accueil et en particulier *au Dr Denoix-Bonnin* pour les consultations ensemble.

A toutes les équipes paramédicales avec lesquelles j'ai travaillé.

A toutes les orthophonistes libérales, neuropsychologues et secrétaires (de l'hôpital d'Aubagne, ainsi que Julie et Elodie) qui ont accepté de distribuer mon questionnaire. Merci *au Dr D'Halluin* d'avoir accepté qu'il soit distribué sur l'hôpital d'Aubagne et *au Dr Hugonenq* au CERTA.

Merci à tous les parents d'enfants qui ont rempli mon questionnaire

PLAN

I. **Introduction** 3

II. **Les difficultés scolaires et le médecin généraliste** 4

A) **Etiologies des difficultés scolaires** 4

1. **Les troubles spécifiques des apprentissages** 4
   - ✓ Le trouble spécifique du langage écrit ou dyslexie 4
   - ✓ Le trouble spécifique du langage oral ou dysphasie 5
   - ✓ Dyspraxie ou Trouble de l'Acquisition et de la Coordination (TAC) 6
   - ✓ Le trouble spécifique d'apprentissage du calcul ou dyscalculie 6
   - ✓ Dysgraphie 7
2. **Trouble Déficit de l'Attention/ Hyperactivité (TDAH)** 7
   - ✓ Généralités sur le TDAH 7
   - ✓ TDAH et difficultés scolaires 8
   - ✓ Rôle du médecin généraliste vis-à-vis du TDAH 9
3. **Déficience intellectuelle** 10
   - ✓ Généralités 10
   - ✓ Etiologies des déficiences intellectuelles 11
   - ✓ Rôle du médecin généraliste 12
4. **Précocité intellectuelle** 12
   - ✓ Généralités 12
   - ✓ Enfants intellectuellement précoces (EIP) et difficultés scolaires 13
5. **Troubles du spectre autistique** 13
   - ✓ Généralités 13
   - ✓ Etiologies et facteurs de risque 14
   - ✓ Rôle du médecin généraliste 14
6. **Causes psychologiques** 16
   - ✓ Le trouble anxieux 16
7. **Causes sociales et environnementales** 17
8. **Causes liées au système scolaire** 18

B) **Le rôle du Médecin généraliste** 18

1. **Le rôle du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant** 18
2. **Rôle du médecin généraliste dans les difficultés scolaires** 19
   - ✓ Recommandations 19

✓ Outils à disposition du médecin généraliste 20
III. Matériels et Méthodes 22
A) Objectif 22
B) Population de l'étude 22
C) Elaboration du questionnaire 22
D) Diffusion du questionnaire 23
E) Analyse statistique 24
IV. Résultats 25
A) Caractéristiques des familles et des médecins généralistes 25
B) Le parcours de l'enfant 26
C) Rôle du médecin généraliste du point de vue des parents 29
D) Facteurs d'influence 29
V. Discussion 31
A) Points faibles de l'étude 31
B) Points forts de l'étude 31
C) Discussion sur les principaux résultats 32
1. Le parcours de soins des enfants en difficultés scolaires 32
2. Des conseils à prodiguer par le médecin généraliste 33
3. La confiance des familles envers le médecin généraliste : une notion primordiale 34
4. La consultation pour difficultés scolaires : une amélioration possible 35
5. Le rôle du médecin traitant 36
VI. Conclusion 39
VII. Abréviations 40
VIII. Annexes 41
A) Annexe 1 : Critères diagnostic du DSM-V : TDAH (APA, 2013) 41
B) Annexe 2 : Questionnaire de Conners pour les parents 43
C) Annexe 3 : Critères Déficience Intellectuelle 45
D) Annexe 4: CHAT 46
E) Annexe 5 : Parcours de soins Difficultés d'apprentissage HAS 49
F) Annexe 6 : Parcours de soins : Interaction entre niveau 1 et niveau 2 50
G) Annexe 7 : DPL3 51
H) Annexe 8 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans 52
I) Annexe 9 : Questionnaire 53
IX. Bibliographie 57

I. Introduction

Le bilan du Haut Conseil de l'Education de 2007 a retrouvé que 25 % des élèves ont, en fin de CM2, des acquis fragiles, et 15 % connaissent des difficultés sévères ou très sévères. (1)

Ce rapport du Haut Conseil de l'Education sur l'école primaire montre que la réussite de tous les enfants repose sur la solidité de leurs premiers acquis et que vaincre la difficulté scolaire est plus qu'une urgence, les apprentissages fondamentaux constituant une priorité dès le début de la scolarité.

Le dernier rapport datant de 2012 constate la croissance de l'échec scolaire avec un élève sur six sortant du système scolaire sans diplôme. (2)

Malgré l'intérêt porté par l'Etat ces dernières années pour vaincre les difficultés scolaires, en début d'année 2015/2016, 17.9% des élèves de sixième ne maîtrisaient pas les compétences requises en langue française, et 28.4% ne maîtrisaient pas les principaux éléments de mathématiques. (3)

Les difficultés scolaires ont le plus souvent une origine multifactorielle, et des conséquences notables sur la vie de l'enfant. Certains parents décident alors de consulter leur médecin généraliste.

Ce dernier tient un rôle central dans le dépistage, la prévention et le suivi de nombreuses pathologies que peuvent présenter les enfants. Il les reçoit en consultation régulièrement au cours de l'enfance, que ce soit pour le suivi staturo-pondéral, les vaccinations, ou encore lors des pathologies infectieuses intercurrentes.

En France, d'après le rapport Sommelet rédigé en 2007, 50 % des nourrissons sont suivis dès la naissance uniquement par un médecin généraliste. 66% le sont entre 9 mois et 2 ans et plus de 80% à partir de leur deuxième anniversaire. (4)

Il s'agit ainsi d'un médecin de premier recours et sa proximité avec les enfants et leurs parents semble faire de lui le mieux placé pour dépister les enfants en difficultés scolaires et organiser la prise en charge la plus adaptée au cas de chaque enfant.

Pourtant, les études traitant du parcours de ces enfants mettent souvent en avant les difficultés rencontrées par les médecins.

Nous avons voulu dans cette étude estimer la place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'enfants en difficultés scolaires. L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs d'influence ayant amené les parents à consulter leur médecin généraliste pour ce problème.

II. Les difficultés scolaires et le médecin généraliste

A) Etiologies des difficultés scolaires

Les étiologies des difficultés scolaires sont nombreuses et souvent intriquées.

1. Les troubles spécifiques des apprentissages

Selon un rapport « Scolariser les enfants présentant des troubles des apprentissages » publié en 2012 par le Ministère de l'Education Nationale, les troubles des apprentissages sont définis comme suit (5) : « Les troubles des apprentissages correspondent à une atteinte durable et persistante affectant une ou plusieurs fonctions cognitives. Ces troubles cognitifs neurodéveloppementaux perturbent l'acquisition, la compréhension, l'utilisation et le traitement de l'information verbale ou non verbale. Ils ne s'expliquent pas par des facteurs externes. Ils surviennent chez un enfant d'intelligence normale, et normalement scolarisé. Les troubles des apprentissages ne résultent pas : d'une mauvaise formation scolaire, ni d'un contexte familial défaillant ni d'un manque de volonté d'apprendre. Ils doivent être distingués de la « simple » difficulté. »

En France, la prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est comprise entre 2 % et 10 %, selon les modalités d'évaluation et les définitions employées.

Ces troubles doivent être différenciés des variations de la norme concernant les réalisations scolaires et de difficultés scolaires dues à l'absence des conditions nécessaires au travail, à un mauvais enseignement ou à des facteurs culturels. (6)

Pour les professionnels de santé, l'enjeu est de détecter le plus précocement possible ces troubles. De réels progrès dans le diagnostic des enfants ont été observés depuis 15 ans.

- ✓ *Le trouble spécifique du langage écrit ou dyslexie*

Parmi les troubles spécifiques des apprentissages, le trouble de la lecture ou dyslexie est de loin le mieux exploré ; il a donné lieu au plus grand nombre de travaux et de définitions. D'une façon générale, la dyslexie est définie comme un trouble de l'identification des mots écrits. Rutter écrivait en 1978 que « la dyslexie est un trouble manifesté par une difficulté à apprendre à lire, malgré un enseignement conventionnel, une intelligence adéquate et un bon environnement socioculturel. »

Il existe deux « voies de lecture » que le normo-lecteur utiliserait simultanément. La première, dite « voie phonologique » (ou d'assemblage), est celle que l'on utilise lors du déchiffrage syllabique. La seconde voie de lecture est dite « voie lexicale » (ou d'adressage). Elle est utilisée lorsqu'un mot est reconnu instantanément par son aspect visuel, cet aspect étant

censé être fixé et stocké dans un lexique orthographique interne. On décrit actuellement plusieurs types de dyslexies selon que l'une et/ou l'autre des deux voies de lecture est atteinte. Ainsi, schématiquement, on parle de dyslexie phonologique, de dyslexie de surface et de dyslexie mixte.

Il s'agit du trouble spécifique des apprentissages le plus fréquent. (7) Entre 3 et 5 % des enfants seraient concernés. Il fait souvent suite à un trouble du langage oral et est très souvent associé à la dysorthographie.

- ✓ *Le trouble spécifique du langage oral ou dysphasie*

Ces troubles sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement. Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels des difficultés de la lecture et de l'orthographe, une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement. »

Le terme de «dysphasie » est apparu vers 1960 (8), terme qui permet de mieux cerner le fait que ce trouble ne se caractérise pas par une absence de langage, mais par son utilisation déficitaire. Il fait suite au terme d'« aphasie acquise ». (9)

La dysphasie est à différencier d'une lésion cérébrale acquise, comme dans l'aphasie de l'adulte. Cela va amener certains auteurs à utiliser le terme de « dysphasie de développement». Il s'agit ainsi d'un trouble grave et persistant du langage oral.

Actuellement, la terminologie « dysphasie » n'est plus guère utilisée dans la littérature anglo-saxonne. Elle a été remplacée par l'appellation « trouble spécifique du langage » ou « specific language impairment » (SLI).

Chez le jeune enfant avec un trouble du langage oral se pose initialement le problème des diagnostics différentiels : surdité, retard simple de langage, déficience mentale, trouble envahissant du développement.

Il existe des liens importants entre troubles du langage oral et troubles du langage écrit : un peu plus de la moitié des troubles spécifiques du langage oral évoluent vers des troubles du langage écrit. De même, un peu plus de la moitié des dyslexiques présentent aussi des troubles résiduels du langage oral. (10)

Les difficultés du langage oral sont également souvent associées, à des degrés divers, à des difficultés praxiques.

✓ *Dyspraxie ou Trouble de l'Acquisition et de la Coordination (TAC)*

L'OMS a répertorié, dans la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) le « trouble spécifique du développement moteur ». Il comprend la « débilité motrice de l'enfant », la « dyspraxie de développement » et le « trouble de l'acquisition de la coordination ». Ce trouble est défini comme une « altération sévère du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise ». (11)

Sur le plan scolaire, la dyspraxie est directement responsable : (12)

- D'anomalies graphiques (écriture, dessins) ;
- De difficultés d'utilisation des « outils » scolaires (règle, ciseaux, compas, rapporteur, etc) ;
- De troubles d'organisation spatiale : analyse, copie, réalisation et comparaison de signes orientés, de tableaux à double entrée, de schémas ou graphiques, de cartes, plans et figures géométriques, d'algorithmes spatiaux liés à la numération de position (pose et résolution des opérations) générant une dyscalculie spatiale ;
- De difficultés transversales d'organisation (disposition, rangement, classement, présentation) dans la page, la feuille, la trousse, le classeur ou le cartable.

La dyspraxie peut également être indirectement responsable à moyen terme d'un échec scolaire global, car elle génère en permanence une situation délétère dite de « double tâche ». En effet, l'enfant ne peut pas automatiser les tâches practo-spatiales (dessin des lettres lors de l'écriture par exemple) ; il les réalise alors en mobilisant ses ressources attentionnelles de façon excessive pour tenter de contrôler (lentement et maladroitement) son geste ; de ce fait, il est en situation de « surcharge cognitive » et ne dispose plus de ressources suffisantes pour effectuer simultanément les tâches dites « de haut niveau » (écoute de l'enseignant, compréhension, mémorisation, attention à l'orthographe, planification des idées et des phrases lors de l'expression écrite…), qui sont pourtant l'essence même des objectifs scolaires.

✓ *Le trouble spécifique d'apprentissage du calcul ou dyscalculie*

En général, le terme de dyscalculie développementale se réfère à un trouble des compétences en mathématiques présent chez des enfants avec une intelligence normale.

Selon l'OMS, les critères diagnostiques du trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique sont :

- La note obtenue à une épreuve de calcul se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l'âge chronologique et de l'intelligence générale de l'enfant.
- Les notes obtenues à des épreuves de lecture et d'orthographe se situent dans les limites de la normale.
- L'absence d'antécédents de difficultés significatives en lecture ou en orthographe.

✓ *Dysgraphie*

La dysgraphie est un trouble du langage écrit affectant le geste graphique et l'aspect de l'écriture. Elle n'apparaît pas en tant que telle dans les classifications actuelles comme la CIM-10, qui ne la mentionne pas, ou dans le DSM-V qui évoque seulement des « difficultés persistantes dans l'acquisition […] de l'écriture », une « écriture manuscrite est particulièrement illisible », un « évitement des activités nécessitant d'écrire » dans le contexte des troubles des apprentissages.

2. Trouble Déficit de l'Attention/ Hyperactivité (TDAH)

✓ *Généralités sur le TDAH*

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité est défini par une association de symptômes : déficit attentionnel, hyperactivité motrice et impulsivité.

Trois classifications permettant de caractériser ce syndrome sont utilisées en France : la CIM-10 (OMS), le DSM-V (diagnostic and statistical manual of mental disorders dans sa 5° révision de l'Association américaine de psychiatrie et la CFTMEA (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent).

Les critères diagnostics établis par le DSM-V (Annexe 1) sont parus en 2013 et impliquent la présence d'au moins six critères d'inattention sur une liste de neuf et/ou six critères d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) sur une liste de neuf également, persistant depuis six mois. Certains symptômes doivent être apparus avant l'âge de 12 ans.

L'apparition au cours de l'enfance et le caractère persistant des symptômes et de leur retentissement dans différents contextes de la vie de l'individu (école, maison, activités sportives) sont des critères fondamentaux. Il est en effet nécessaire au diagnostic que ces symptômes soient observés dans plusieurs milieux. De même, afin de distinguer les signes du TDAH du profil comportemental naturel de l'enfant, il est nécessaire qu'ils aient un

retentissement préjudiciable au bon développement de l'enfant, aussi bien dans le cadre de ses interactions sociales ou familiales que dans son apprentissage scolaire ou extra-scolaire.

La prévalence du TDAH est difficile à estimer. Dans un rapport de l'INSERM paru en 2009, la prévalence moyenne était de 2% (13) alors qu'une enquête téléphonique menée en 2011 l'a estimé entre 3,5 % et 5.6% chez les enfants de 6 à 12 ans. Parmi eux 45,5 % présenteraient une dominante « trouble de l'attention », 35,9 % une dominante « hyperactivité-impulsivité » et 17,6 % présenteraient une combinaison des deux composantes. (14)

- ✓ *TDAH et difficultés scolaires*

Le TDAH peut avoir des répercussions préjudiciables sur la scolarisation des enfants et sur leurs relations sociales. (15)

Une étude réalisée en 2011 auprès des familles adhérentes de l'association HyperSuper TDAH France et portant sur l'analyse de 335 questionnaires indique que dans la grande majorité des cas (73%), les familles déclarent avoir initié leurs démarches en vue d'un diagnostic à la suite des difficultés présentes dans le cadre scolaire. (16)

Une revue de la littérature parue aux Etats-Unis en 2009, a détaillé les conséquences du TDAH sur les relations sociales, la dynamique familiale, les performances scolaires, et l'abus de substances.

30 à 50% d'enfants avec TDAH présentent des troubles d'apprentissage associés. (17) Et même ceux qui n'ont pas de troubles spécifiques d'apprentissage ont souvent des problèmes liés à la lecture, à l'écriture et aux mathématiques en raison de difficultés secondaires à un déficit de l'attention et de la mémoire à court terme.

Une étude longitudinale ayant suivi des enfants présentant un TDAH jusqu'à l'adolescence a montré plus de retards pour la lecture (comparé à des enfants sans TDAH), un absentéisme et un abandon de l'école plus fréquent. (18)

Une autre étude, de cohorte rétrospective, publiée en 2011, a été menée aux USA sur une population d'enfants nés entre 1976 et 1982 (19). Cette étude comprenait 379 enfants ayant un TDAH (âge médian 10 ans) sur une population de 5699 enfants. Les résultats ont mis en évidence une incidence cumulée des troubles du langage écrit à l'âge de 19 ans, significativement plus élevée chez les patients avec TDAH quel que soit le sexe (garçons 65% vs 17% ; filles 57% vs 9% avec $p<0.001$).

Beaucoup d'enfants souffrant de TDAH n'ont pas ou peu d'amis et une faible estime d'eux même. Les conflits sont plus fréquents au sein des familles ayant un enfant avec TDAH.

Le TDAH est ainsi rarement isolé et une comorbidité est très fréquente : troubles des apprentissages, troubles émotionnels (troubles anxieux et dépressifs), troubles des conduites et troubles oppositionnels avec provocation, à l'adolescence risque d'abus d'alcool et de substances illicites.

Les conséquences des symptômes du TDAH pour le patient lui-même et pour son entourage sont d'autant plus importantes lorsque le trouble n'est pas diagnostiqué.

- ✓ *Rôle du médecin généraliste vis-à-vis du TDAH*

Des recommandations HAS sont parues en 2014 sur la conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDAH. (17)

Elles stipulent que, face à un enfant présentant des signes évocateurs de TDAH, entrainant des difficultés dans sa vie familiale, sociale ou scolaire, il est recommandé au médecin de premier recours d'engager une démarche diagnostique, d'initier une prise en charge et d'orienter si nécessaire l'enfant vers un service ou un professionnel pouvant confirmer le diagnostic de TDAH. Au stade du repérage, il est recommandé qu'un examen clinique complet de l'enfant soit pratiqué avec pour objectif d'explorer la symptomatologie présentée par l'enfant, éliminer un diagnostic différentiel et rechercher des comorbidités associées.

Des questionnaires ou échelles d'évaluation du comportement peuvent être utilisés dans le cadre de l'évaluation diagnostic. La HAS propose aux médecins d'utiliser l'échelle SNAP-IV 26 Rating Scale compte tenu de sa facilité d'accès et d'utilisation ou les échelles de Conners (Annexe 2).

Le médecin doit ensuite accompagner l'enfant et sa famille par des conseils et stratégies pour les aider à gérer les difficultés au quotidien. Il organise le suivi en coordination avec le spécialiste et les autres intervenants prenant en charge les comorbidités.

La prise en charge des enfants souffrant de TDAH est en effet multimodale. Elle comprend plusieurs types de thérapeutiques à combiner en fonction du patient et associant des approches éducatives, familiales, rééducatives, psychothérapiques et parfois médicamenteuses. Le médecin généraliste doit être au cœur de cette prise en charge.

Il est également recommandé de mettre en place un lien entre l'enseignant, la famille et les soignants, de préférence en passant par l'intermédiaire du médecin scolaire. Ce lien est primordial car il permet d'échanger autour des difficultés de l'enfant en milieu scolaire, de l'évolution des symptômes et de la réactualisation des aménagements pédagogiques quand elle est nécessaire.

3. Déficience intellectuelle

✓ *Généralités*

Selon le DSM-V, le diagnostic de déficience intellectuelle (DI) repose sur 3 critères :

• Déficits des fonctions intellectuelles confirmés par des évaluations cliniques et par des tests d'intelligence personnalisés et normalisés. Le fonctionnement intellectuel est mesuré au moyen de tests d'intelligence personnalisés, exhaustifs et adaptés à la culture, tout en étant validés et rigoureux sur le plan psychométrique. Critère : deux écarts-types ou plus sous la moyenne de la population, y compris une marge d'erreur de mesure (en général ± 5 points), un résultat de 65-75 (70 ± 5) ;

• Présence de déficits du fonctionnement adaptatif à partir de l'interprétation du résultat de mesures normalisées et des entretiens qui doit reposer sur le jugement clinique. Critère : au moins un domaine du fonctionnement adaptatif suffisamment affaibli pour que la personne ait besoin de soutien lui permettant de participer à un environnement scolaire, au travail, à la maison ou à la communauté ;

• Apparition de déficits intellectuels et adaptatifs durant la période développementale. Ce critère reflète la présence des déficits intellectuels et adaptatifs durant l'enfance ou l'adolescence. Le DSM-V ne mentionne pas un âge spécifique.

La CIM-10, décrit la déficience intellectuelle en employant le terme « retard mental » comme : « Un arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période de développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est- à-dire, des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique ou survenir isolément ». (Annexe 3)

Pendant longtemps, le degré de sévérité de la déficience intellectuelle a été classé selon le niveau intellectuel déterminé par le QI, par exemple dans le DSM IV : (20)

- Retard mental léger : QI 50/55 – 70 ou 2 écarts-types en dessous de la moyenne
- Retard mental moyen : QI 35/40 – 50/55 ou 3 écarts-types en dessous de la moyenne
- Retard mental grave : QI 20/25 – 35/40 ou 4 écarts-types en dessous de la moyenne
- Retard mental profond : QI inférieur à 20/25 ou 5 écarts-types en dessous de la moyenne.

Le DSM-V en 2013 abandonne le critère du QI pour classifier la gravité de la DI, et offre une typologie descriptive à partir du comportement adaptatif cognitif, social et pratique. Les niveaux de gravité de la déficience intellectuelle restent : léger, modéré, grave, profond. (Annexe 3)

En France, la déficience intellectuelle légère pourrait concerner entre 10 et 20 personnes pour 1 000, la déficience intellectuelle sévère est retrouvée chez 3 à 4 personnes pour 1 000. (20)

Toutes les études montrent une prévalence plus élevée chez les garçons que chez les filles.

L'évaluation des capacités de raisonnement (par un test psychométrique ou test de QI) est donc une étape indispensable du diagnostic de déficience intellectuelle.

Plusieurs instruments de qualité sont actuellement disponibles pour pratiquer l'évaluation du quotient intellectuel : Les échelles de Wechsler sont les plus utilisées en France : WPPSI IV, WISC IV, WAIS IV.

Le WISC IV, mise à jour en 2005, est l'instrument d'évaluation psychométrique le plus utilisé au monde. Il est réservé aux sujets âgés de 6 ans à 16 ans 11 mois. Il peut être réalisé par un psychologue libéral (neuropsychologue) ou par le psychologue scolaire.

Le WISC IV se décompose en 4 indices, eux-mêmes composés de subtests : Raisonnement Verbal (IRV), Raisonnement Perceptif (IRP), Mémoire de Travail (IMT), Vitesse de Traitement (IVT).

✓ *Etiologies des déficiences intellectuelles*

Les causes du retard mental sont extrêmement hétérogènes et demeurent inexpliquées dans de nombreux cas (environ 35%). (20)

- <u>Causes environnementales</u>

→Causes prénatales avec les infections materno-fœtales (par exemple le CMV, la toxoplasmose, etc), les intoxications chez la mère (médicaments, alcool, drogue), la prématurité, les pathologies maternelles (par exemple l'hypothyroïdie ou la carence en iode).

→Causes périnatales : anoxie cérébrale, hémorragie cérébrale, etc.

→Causes postnatales : maladies infectieuses de la petite enfance (méningite, encéphalite), traumatisme crânien, etc.

- <u>Causes génétiques</u>

Les anomalies chromosomiques représentent l'étiologie la plus fréquence des déficiences intellectuelles. Elles concernent environ 16 % des DI sévères et 5 % des DI légères. Parmi les plus fréquentes, nous pouvons citer la trisomie 21 ou encore le syndrome de l'X fragile.

✓ *Rôle du médecin généraliste*

Le repérage de nourrissons présentant un retard psychomoteur ou d'enfants ayant une déficience intellectuelle est un enjeu essentiel.

Le type de signe d'appel et l'âge du repérage dépendent du degré de déficience sous-jacente: hypotonie, mauvais contact oculaire, absence de sourire réponse dès les premières semaines en cas de déficience sévère à profonde ; retard de langage, retard de marche, hyperactivité, agressivité, entre un et cinq ans en cas de déficience modérée ; échec scolaire, trouble des conduites, dépression à l'adolescence en cas de déficience légère.

Le décalage dans le développement psychomoteur d'un enfant « tout venant », sans facteur de risque familial, anténatal ou périnatal, est la situation clinique la plus fréquente ; ce qui implique la recherche d'un retard psychomoteur chez tous les enfants par le médecin.

Le parcours scolaire de ces enfants sera bien entendu différent en fonction de la gravité du retard mental. Au plus la déficience intellectuelle sera dépistée précocement, au plus vite l'enfant pourra bénéficier d'une scolarité adaptée.

4. Précocité intellectuelle

✓ *Généralités*

La définition internationale (reconnue par l'OMS) du haut potentiel est un quotient intellectuel supérieur ou égal à 130. Il correspond à deux écarts-type au-dessus de la moyenne. Ainsi définis, les enfants à haut potentiel intellectuel (EHPI) représentent environ 2,3 % de la population française des enfants scolarisés (de six à 16 ans). (21)

Jean Charles Terrassier a évoqué en 1995 la notion de dyssynchronie : la maturation cognitive et intellectuelle de ces enfants n'est pas synchronisée avec la maturation émotionnelle. (22)

Ont été décrites : (23)
- La dyssynchronie « intelligence / psychomotricité » (L'enfant, bien qu'il ait de grandes facilités pour lire très jeune, peut rencontrer des difficultés dans des activités de graphisme et être très maladroit),
- La dyssynchronie « intelligence/ affectivité » (hypersensibilité émotionnelle),
- Et la dyssynchronie sociale (L'enfant intellectuellement précoce sera souvent isolé, ses camarades de classes le perçoivent comme trop intellectuel, aux centres d'intérêts décalés et incapable de participer aux activités du groupe).

Beaucoup de ces enfants ont ainsi des difficultés émotionnelles : anxiété, dépression, TOC (2 à 3%). (24) L'anxiété apparait souvent tôt dans l'enfance avec des questionnements existentiels autour de la vie et de la mort vers 3 ans.

Les enfants à haut potentiel sont ainsi des enfants dont le fonctionnement intellectuel est différent et c'est ce fonctionnement différent qui peut les mettre en difficulté et très souvent en souffrance.

Ils représentent, selon les différents travaux et études, de 2 à 5 % des élèves quels que soient le milieu social et l'environnement familial.

- ✓ *Enfants intellectuellement précoces (EIP) et difficultés scolaires*

D'après les associations de parents, plus d'un tiers d'entre eux serait en échec scolaire en troisième et environ 20% n'obtiendraient pas le bac. (25)

Comme le signale Jean-Pierre Delaubier dans son rapport concernant « La scolarisation des élèves intellectuellement précoces » paru en janvier 2002, aucun texte officiel ne faisait référence, au niveau de l'éducation nationale, explicitement aux élèves à haut potentiel intellectuel jusque-là. (26)

Les difficultés d'adaptation au système scolaire engendrent souvent une souffrance psychologique qu'il convient de dépister le plus précocement possible (anxiété, dépression, troubles obsessionnels compulsifs, etc) afin que l'enfant puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Un EIP a ainsi des besoins éducatifs particuliers. Un accompagnement bienveillant et adapté dès l'école maternelle permet de limiter le risque de refus scolaire, de rupture de parcours, de troubles psychologiques ou de comportements réactionnels.

5. Troubles du spectre autistique

- ✓ *Généralités*

La définition de l'autisme a beaucoup évolué depuis sa description en 1943 par Kanner. (27) L'autisme est actuellement classé parmi les troubles envahissants du développement (TED).

La classification médicale recommandée en France était depuis 2005 la CIM-10, dans l'attente de la CIM-11. Dans cette classification, les TED étaient ainsi définis comme "un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toute situation."

La classification la mieux actualisée est aujourd'hui le DSM-V, dans lequel l'appellation « trouble du spectre de l'autisme (TSA) » remplace désormais celle de « troubles envahissants du développement (TED) ». Il n'existe plus maintenant dans le DSM-V qu'une seule catégorie

diagnostique caractérisée par deux dimensions symptomatiques : A. « Déficit persistant de la communication et des interactions sociales observés dans les contextes variés » et B. « Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités ».

✓ *Etiologies et facteurs de risque*

La physiopathologie de l'autisme est complexe et le consensus actuel est que les TSA sont l'expression clinique de troubles du développement du système nerveux central dont l'origine est plurifactorielle, associant facteurs génétiques et environnementaux.

Les facteurs de risque des TSA reconnus sont le sexe masculin et les antécédents de TSA dans la fratrie. (28)
Le risque de développer un autisme pour un nouvel enfant dans une fratrie où il existe déjà un enfant avec TSA est de 4 % si l'enfant déjà atteint est un garçon, de 7 % si l'enfant atteint est une fille. Le risque augmente fortement (25 % à 30 %) si la famille a déjà deux enfants avec TSA.

De nombreux troubles ou pathologies peuvent être associés aux TSA (28):

- Retard mental : dans la revue de Fombonne, la proportion médiane de sujets avec autisme sans retard intellectuel est de 30 %, la proportion de sujets ayant un retard léger ou modéré est de 30 %, et la proportion de sujets ayant un retard profond est de 40 %. (29)
- Troubles du sommeil : la prévalence des troubles du sommeil chez les enfants avec autisme varie de 45 % à 86 % selon les études.
- Troubles psychiatriques (troubles du comportement alimentaire, troubles anxieux, troubles de l'humeur, TOC, TIC).
- Épilepsie (20-25%).

✓ *Rôle du médecin généraliste*

Le début des troubles est perçu en moyenne par les parents vers l'âge de 18 mois. Les préoccupations principales sont alors les difficultés relationnelles et le retard de langage. Une fois encore, les parents s'adressent alors principalement aux praticiens de première ligne : les pédiatres et les médecins généralistes.

D'après les recommandations HAS 2018, le praticien doit rechercher des signes de troubles envahissants du développement sur la base de l'interrogatoire des parents et d'un examen de l'enfant. La recherche des signes d'alerte de TSA est recommandée dans le cadre de l'examen médical effectué à chaque examen obligatoire pour le suivi de l'état de santé des enfants de 0 à 6 ans. L'enfant doit être revu rapidement et régulièrement en cas de doutes. En cas de doutes persistants, l'enfant doit être orienté vers un pédopsychiatre ou un neuropédiatre. (30)

Les signes d'alerte absolue devant amener le médecin généraliste à prendre l'avis d'un spécialiste sont (28) :
- Absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois.
- Absence de mots à 18 mois.
- Absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois.
- Perte de langage ou perte de compétences sociales quel que soit l'âge de l'enfant.

Le Check-list for Autism in Toddlers (CHAT) peut être utilisé pour le repérage individuel lors de l'examen de routine d'un enfant par un médecin. Il comporte 2 parties dont un questionnaire de 9 items aux parents et 5 items d'observation de l'enfant par le médecin. Cet outil a une spécificité élevée (0,97) mais sa sensibilité pour détecter les TSA est seulement de 0,38. Sa passation demande environ 10 minutes. (Annexe 4)

Le Modified Check-list for Autism in Toddlers (M-CHAT) a été élaboré pour améliorer la sensibilité du CHAT (Annexe 4 bis). Il se présente sous la forme d'un questionnaire parental fermé en 23 items. Son utilisation est recommandée par la HAS pour les enfants de 16 à 30 mois. Pour les enfants de plus de 48 mois, il est possible d'utiliser le questionnaire de communication sociale (SCQ).

En 2009, une étude menée chez 220 médecins généralistes de la région PACA révélait que seulement 2% d'entre eux utilisaient de tels outils pour dépister les TSA. (31)

Le diagnostic doit être le plus précoce possible dans le but d'une intervention rapide. Des projets personnalisés fondés sur des interventions précoces, globales et coordonnées, débutées avant 4 ans, dans les 3 mois suivant le diagnostic de TED, sont recommandés pour tous les enfants avec TED, qu'il y ait ou non un retard mental associé.

La HAS précise les intérêts du diagnostic précoce des TED :
- Limite l'errance et le stress des familles, leur permettant l'accès à l'information et à des conseils pratiques.
- Permet la prise en charge plus précoce de l'enfant et de sa famille.
- Limite pour l'enfant le risque de survenue de sur-handicap.
- Permet la prise en charge des troubles associés.

Plusieurs études montrent que les interventions dont l'efficacité est prouvée concernent en priorité des interventions précoces démarrées avant quatre ans. Ainsi, par le biais d'un accompagnement et de soins adaptés précoces avant quatre ans il est possible d'améliorer les performances de communication, des interactions sociales et du développement et d'en restreindre les conséquences pour l'enfant et son entourage. (32)

En attendant la consultation spécialisée auprès des professionnels de seconde ligne et des résultats de la démarche complète de diagnostic, le médecin généraliste doit : (30)

- Orienter vers un ORL pour un examen de l'audition ;
- Orienter vers un ophtalmologue ou un orthoptiste pour un examen de la vision ;
- Prescrire à tout âge un bilan orthophonique de la communication et du langage oral ;
- Prescrire, si besoin, un bilan du développement moteur ;
- Proposer une orientation des jeunes enfants en établissement d'accueil du jeune enfant (crèche, etc.) ;
- Et si nécessaire, débuter les prises en charge (visuelle, auditive, rééducative) sans attendre les résultats des consultations de seconde ligne, dans un délai inférieur à 3 mois après le repérage des anomalies du développement.

Il est recommandé que le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant soit informé, avec l'accord des parents, des bilans effectués et qu'il conserve sa fonction de référent dans le suivi de l'enfant (notamment pour coordonner le diagnostic des troubles associés et effectuer les démarches administratives - MDPH et ALD - en lien avec les équipes spécialisées de seconde ligne). Cette coordination et ces échanges d'informations sont indispensables pour permettre la mise en place rapide et adaptée des interventions auprès des enfants et des familles.

6. <u>Causes psychologiques</u>

✓ *Le trouble anxieux*

L'anxiété correspond à un sentiment pénible de danger, une crainte diffuse. Son intensité faible à modérée peut être positive et stimulante, mais trop forte elle devient inhibitrice et envahissante pour le champ de la pensée. C'est alors que s'installent les conséquences sur la scolarité et la socialisation. Les sources d'anxiété peuvent être nombreuses.

L'anxiété de séparation est le trouble anxieux le plus fréquent durant l'enfance. (33) Elle est normale au cours du développement avant l'âge de deux ans et peut se manifester aussi lors des premiers jours d'école maternelle. Elle touche les deux sexes avec une prévalence de 3 à 4 % des enfants d'âge scolaire. Elle peut être pathologique, si elle est excessive et inappropriée. On peut observer alors, en plus de la peur, voire du refus d'aller à l'école, une somatisation avec des symptômes tels que douleurs abdominales, céphalées, nausées…

La phobie scolaire est l'une des manifestations de l'anxiété de séparation. Il existe trois pics de fréquence : vers 6-7 ans à l'entrée au CP, vers 11 ans à l'entrée dans le cycle secondaire et vers quatorze ans (adolescence et fin du collège). Ils correspondent ainsi à des paliers d'accès à l'autonomie, mais aussi parfois à des classes charnières en termes d'apprentissage. D'autres troubles psychiatriques sont fréquemment associés à la phobie scolaire. (34)

7. Causes sociales et environnementales

Le rôle des facteurs environnementaux associés à la réussite scolaire a été largement démontré dans de nombreux pays. (35)

Le niveau d'études des parents est un des facteurs familiaux intervenant le plus dans le parcours académique de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte. (36)

Une étude a retrouvé comme facteurs significativement associés aux difficultés scolaires : nationalités des parents (au moins un des parents de nationalité étrangère), niveau d'étude des parents (parents n'ayant pas le bac), situation familiale (enfant ne vivant pas avec ses deux parents), difficultés d'apprentissage de la lecture dans la famille, taille de la famille (nombre élevé de frères ou sœurs), antécédents médicaux significatifs, retard de langage avant la maternelle, mode de garde exclusivement par la mère. (37)

Une autre étude récente a rapporté que les rituels d'endormissement à l'âge de 3 ans, comme par exemple lire des livres ou raconter des histoires, étaient associés à de meilleures performances cognitives à 5-6 ans. (38)

Selon un rapport de l'INSEE, le retard scolaire à l'entrée en sixième est plus fréquent dans les milieux défavorisés. (39) Les garçons sont plus souvent en retard que les filles : 13,6 % d'entre eux ont pris une année de retard au cours du cycle primaire, contre 11 % des filles. Les écarts sont très marqués entre les élèves de nationalité française et ceux de nationalité étrangère, près du tiers de ces derniers commençant avec un retard d'au moins un an le cycle secondaire.

Parmi les élèves de sixième qui résident dans une zone urbaine sensible (ZUS), 21,7 % sont en retard, cette proportion étant deux fois plus faible (11,6 %) chez ceux qui résident hors des ZUS.

L'exposition à la violence dans l'enfance serait associée de manière significative à une diminution du QI et des performances en lecture. (40)

Par ailleurs, plusieurs études disponibles montrent que la consommation de cannabis durant l'adolescence a un impact sur le niveau d'étude atteint plus tard, le cannabis ayant un effet direct sur la concentration et la motivation des élèves. Une étude récente parue dans l'international Journal of Epidemiology portant sur plus de 1100 élèves a montré que les consommateurs précoces de cannabis, c'est-à-dire avant l'âge de 17 ans dans cette étude, ont une probabilité plus élevée de ne pas dépasser le baccalauréat, même après prise en compte des facteurs confondants. La consommation précoce de cannabis peut donc induire des difficultés scolaires se traduisant à terme par un niveau d'études inférieur à celui obtenu par des jeunes non consommateurs. (41)

8. Causes liées au système scolaire

Un problème récurrent, qui est pour de nombreux chercheurs l'une des causes de l'échec scolaire, est le système de notation. En effet, il serait la cause chez beaucoup d'enfants d'une perte d'estime de soi, les notes étant une preuve de leur valeur. Selon la note obtenue, l'enfant est alors jugé de « bon » ou de « mauvais » élève alors que l'on s'intéresse peu à ce qui a pu le faire échouer. L'évaluation institue un système de classement des élèves et n'est alors pas productive. L'enfant peut se sentir catalogué comme étant celui qui n'a pas réussi et se met dans une attitude de refus ou de rejet face au système éducatif. Il se démotive alors et c'est ainsi que les difficultés s'aggravent. C'est en ce sens que le haut conseil de l'éducation de 2012 préconisait de trouver d'autres solutions que le redoublement, qui tend à ancrer ce sentiment d'échec chez les élèves. (2)

B) Le rôle du Médecin généraliste

1. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant

Le développement de l'enfant, le bon déroulement de sa croissance physique, mentale et sociale doivent être évalués régulièrement par son médecin traitant, notamment à des âges clés, permettant d'assurer la prévention des inadaptations ultérieures grâce à une intervention précoce et au soutien apporté aux parents.

La surveillance du développement repose sur des consultations systématiques régulièrement programmées, permettant un bilan d'évolution somatique, neurodéveloppementale, sensorielle et affective du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent. Elle implique la prise en compte des antécédents familiaux, de l'environnement physique, psychologique et social de l'enfant et contribue à l'accompagnement de ses parents.

Ces examens sont réalisés en particulier à des âges clés, c'est-à-dire des âges charnières pour le dépistage d'anomalies, dont la prise en charge et le suivi évitent ou limitent les handicaps ultérieurs. La régularité de ce suivi permet l'établissement d'une relation triangulaire privilégiée enfant/parents/médecin facilitant aussi la prise en charge de maladie(s) intercurrente(s), et la réponse aux inquiétudes parentales fréquentes au cours de l'enfance et de l'adolescence. En France, vingt examens systématiques de dépistage précoce des anomalies du développement sont proposés aux enfants de moins de six ans, dont neuf au cours de la première année de vie (un à 8 jours de vie, puis un par mois jusqu'à six mois puis tous les trois mois jusqu'à un an, puis tous les quatre mois jusqu'à deux ans, puis tous les six mois jusqu'à six ans). Trois d'entre eux sont dits obligatoires et font l'objet de la rédaction de certificats médicaux officiels.

Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) publiée en septembre 2007 (42), parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un médecin généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre. Cette même étude montre que les enfants de moins de 16 ans constituent 13% de l'ensemble des consultations des médecins généralistes. 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier. Cela montre bien l'importance de la bonne réalisation du suivi des enfants par le médecin généraliste.
Cependant, moins de 30% des enfants ayant un trouble du développement sont détectés avant l'entrée à l'école. (43)

2. Rôle du médecin généraliste dans les difficultés scolaires

✓ *Recommandations*

En septembre 2005, la HAS publie des recommandations sur le suivi de l'enfant de 7 à 18 ans (44) destinées aux médecins généralistes, médecins scolaires et pédiatres. Elles préconisent un dépistage des troubles des apprentissages en posant des questions sur les résultats scolaires des enfants et en les faisant lire à voix haute quelques lignes. Cette investigation sera réalisée au CE2, à l'entrée en sixième et en cas d'infléchissement scolaire.

En 2009, le ministère des affaires sociales et de la santé publie un guide pratique « difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans » (43) stipulant comme rôle du médecin de premier recours :

- Connaitre les étapes normales de l'acquisition du langage écrit, des compétences numériques et logiques, des praxies.
- Repérer les difficultés dans les apprentissages scolaires.
- Examiner l'enfant et réaliser un entretien avec les parents afin de rechercher les causes possibles des difficultés.
- Documenter et orienter, prescrire d'éventuelles investigations complémentaires, informer les parents, et orienter l'enfant vers la prise en charge la mieux adaptée.
- Suivre et accompagner, en coordination avec l'ensemble des intervenants.

En décembre 2017, la HAS a publié de nouvelles recommandations « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? » qui décrit le parcours de soin « de référence » vers lequel il faudrait tendre. Le repérage des difficultés doit être fait dès la petite enfance : par les parents, les enseignants, les professionnels de la petite enfance, et les médecins. Une pédagogie différentiée doit être mise

en place par les enseignants auprès des élèves en difficultés. Puis, toute difficulté d'apprentissages persistant à l'issue de 3 à 6 mois de pédagogie différenciée, ou d'emblée sévère, et/ou toute difficulté d'adaptation scolaire et/ou dans la vie quotidienne et sociale nécessitent l'évaluation par le médecin de l'enfant.

Le parcours de soins est ensuite organisé en trois niveaux : (Annexe 5 et 6)

- Le niveau 1, sous la responsabilité du médecin de l'enfant (généraliste ou pédiatre) en lien avec le médecin de l'éducation nationale et les rééducateurs adaptés.
- Si besoin, orientation vers une équipe de niveau 2, en cas de situation complexe (difficultés diagnostic, nombreuses comorbidités, réponse insuffisante à la prise en charge de première intention). Le niveau 2 s'appuie sur des équipes pluridisciplinaires formées, sous la responsabilité d'un médecin expert. Chaque membre, au-delà de sa qualification professionnelle initiale, devra s'être spécialisé dans le domaine des troubles spécifiques du langage et des apprentissages.
- En cas de situation très complexe, orientation vers une équipe de niveau 3 : Les centres de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA).

✓ *Outils à disposition du médecin généraliste*

De nombreux outils sont à disposition des médecins de premier recours pour les aider dans le repérage de troubles du langage ou des apprentissages.

Il existe plusieurs tests comme le DPL 3 (Dépistage et Prévention Langage à 3 ans), l'ERTL 4 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans), l'ERTLA 6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et Apprentissages à 6 ans) (Annexe 7 et 8) qui ne demandent pas de formation spécifique. L'EDA (Evaluation Des fonctions cognitives et des Apprentissages) est utilisée surtout par les neuropédiatres.

L'outil le plus simple d'utilisation et qui est un véritable support pour les médecins généralistes est le carnet de santé.

Le carnet de santé est un document qui contient les éléments d'information médicale nécessaires au suivi de la santé de l'enfant jusqu'à ses 18 ans. Son utilisation est réservée aux professionnels de santé et sa consultation soumise à l'accord des parents. Il est délivré gratuitement au moment de la déclaration de naissance.

Le dernier modèle du carnet de santé est disponible depuis le premier avril 2018 et remplace celui du premier janvier 2006.

Des repères sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, présents tout au long du carnet, peuvent amener les parents à se poser des questions et à faire part de leurs inquiétudes à leur médecin. Ils peuvent également servir de support lors de la consultation pour le médecin. Les messages de prévention ont été enrichis et actualisés.

Des examens médicaux individualisés sont présents : 2ème mois, 4ème mois, 9ème mois, 24ème mois, 3 ans, 4 ans, 6 ans, 8 ans, entre 10 et 13 ans puis entre 14 et 18 ans.

Ces examens médicaux sont détaillés, et insistent particulièrement sur le développement psychomoteur de l'enfant. Ils indiquent les points importants à rechercher par le médecin et les différents tests à utiliser selon les âges.

III. Matériels et Méthodes

A) Objectif

L'étude réalisée pour cette thèse avait pour objectif d'appréhender la place du médecin généraliste dans le parcours d'enfants en difficultés scolaires, du point de vue de leurs parents. L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs d'influence ayant amené les parents à consulter leur médecin généraliste pour ce problème.

Notre hypothèse était que les parents ne consultaient pas leur médecin traitant pour parler des difficultés scolaires de leur enfant, et que celui-ci n'était que peu impliqué dans le parcours des enfants.

Nous avons réalisé une étude quantitative en élaborant un questionnaire remis à des parents d'enfants en difficultés scolaires. (Annexe 9)

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et multicentrique.

B) Population de l'étude

Pour répondre au questionnaire, les parents (père et/ou mère) devaient avoir un enfant en difficulté scolaire, quelle qu'elle soit, et l'enfant devait être suivi par un médecin généraliste, et non un pédiatre. L'enfant devait être en âge scolaire, de 3 à 18 ans.

C) Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été construit en trois parties :
La première partie concernait la présentation de l'enfant et sa famille avec les caractéristiques socio démographiques (âge de l'enfant, classe de l'enfant, nombre de frères ou sœurs, profession des parents, situation familiale). La deuxième partie portait sur le médecin généraliste de l'enfant. La dernière partie concernait plus particulièrement le parcours des enfants en difficulté scolaire et le rôle de leur médecin généraliste.

Quelques lignes de présentation du questionnaire, mentionnant les critères d'inclusion de l'étude, rappelant l'anonymat et remerciant les parents, précédaient les questions.

Le questionnaire a été élaboré une première fois puis modifié et complété avec l'aide du directeur de thèse, puis avec l'aide d'une neuropédiatre. Il a par la suite été testé avec diffusion de dix questionnaires « test » dans un cabinet de neuropédiatrie, ce qui a permis de le modifier légèrement. Les questionnaires « test » n'ont pas été pris en compte dans les résultats.

Le questionnaire comportait 17 questions au total. Nous avons opté pour des questions fermées principalement, afin de permettre une rapidité de réponse et d'exploitation des données. Les seules questions ouvertes consistaient à noter la classe de l'enfant. Une échelle de grandeur de 0 à 10 a été utilisée à trois reprises pour mesurer le niveau de satisfaction des parents concernant leur généraliste ou leur niveau de confiance.

Les parents des enfants pouvaient inscrire leur adresse email à la fin du questionnaire s'ils étaient intéressés par les résultats de l'étude.

D) Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été remis aux parents dans différents lieux à Marseille ou Aubagne entre le 27 avril 2017 et le 27 octobre 2017 :

- 50 questionnaires ont été remis chez une neuropédiatre libérale à Marseille.
- 40 questionnaires ont été remis à la consultation de neuropédiatrie du Centre Hospitalier d'Aubagne dans lequel deux neuropédiatres exercent.
- 40 questionnaires ont été remis à une neuropsychologue libérale à Marseille.
- 20 questionnaires ont été remis auprès d'un médecin généraliste membre de « Resodys ».
- 115 questionnaires ont été remis auprès de 8 orthophonistes d'Aubagne.
- 40 questionnaires ont été remis auprès de 2 orthophonistes de Marseille.
- 40 questionnaires ont été remis au CERTA (Centre de Référence de troubles des apprentissages de Marseille).
- 20 questionnaires ont été remis à une neuropsychologue libérale d'Aubagne.

Soit un total de 365 questionnaires déposés, tous lieux confondus.

Les questionnaires ont toujours été remis en main propre aux parents. Pour les professionnels de santé en libéral, il a été remis par le médecin, le neuropsychologue ou l'orthophoniste eux même ; puis rempli par les parents dans la salle d'attente. Il a été rendu soit au professionnel de santé, soit à la secrétaire, dans une pochette dédiée.

A l'hôpital d'Aubagne et au CERTA, il a été remis aux parents par la secrétaire des consultations de neuropédiatrie, et rendu à cette même personne.

Les personnes qui remettaient le questionnaire aux parents leur expliquaient rapidement le but de l'étude et qu'il s'agissait d'un questionnaire anonyme. Les parents étaient libres de remplir ou non notre questionnaire.

E) Analyse statistique

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages et les variables continues comme médianes [IQR] ou moyennes (± ds), selon la distribution (test de Shapiro-Wilk).

Les comparaisons de variables qualitatives ont été effectuées en utilisant le test du chi carré. Les comparaisons de variables continues ont été effectuées en utilisant le test t de Student ou le test de Mann-Whitney, selon la distribution. La signification statistique a été définie comme p-value <0,05. Les analyses de données ont été effectuées en utilisant le logiciel R studio, version 3.4.0.

IV. Résultats

Nous avons récolté 136 questionnaires sur les 365 questionnaires déposés. Seulement 122 questionnaires ont pu être analysés. Quatorze questionnaires n'ont en effet pas pu être analysés, soit parce que l'enfant était en fait suivi par un pédiatre et non un généraliste, soit car les réponses apportées par les parents étaient incohérentes et rendaient le questionnaire invalide.

A) Caractéristiques des familles et des médecins généralistes

Le tableau 1 présente les familles de notre étude et le tableau 2 les médecins généralistes.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des familles

Classe des enfants	**Nb = 122**
Maternelle, nb (%)	12 (10.1)
Primaire, nb (%)	75 (63.0)
Collège, nb (%)	26 (21.8)
Lycée, nb (%)	6 (5.1)
Scolarité ordinaire, nb (%)	117 (95.9)
Classe ULIS, nb (%	2 (1.64)
Classe SEGPA, nb (%)	3 (2.46)
Aide d'une AVS, nb (%)	3 (2.46)

Fratrie	
Existence d'une fratrie, nb (%)	104 (85.2)
Nombre de frère ou sœur, moy± ds	1.62 ± 0.91
Existence de DS dans la fratrie, nb (%)	30 (28.8)
Rang de l'enfant au sein de la fratrie, nb (%)	
1er	31 (29.8)
2ème	51 (49)
3ème	18 (17.3)
4ème	3 (2.9)
5ème	1 (1.0)

Composition familiale	
Famille bi parentale, nb (%)	83 (68)
Famille mono parentale (Mère), nb (%)	29 (23.8)
Famille mono parentale (Père), nb (%)	3 (2.5)
Garde partagée, nb (%)	7 (5.7)

Profession des parents	Père	Mère
Agriculteur, exploitant, nb (%)	0 (0.0)	0 (0.0)
Profession intermédiaire, nb (%)	5 (4.1)	10 (8.2)
Employé, ouvrier, nb (%)	56 (45.9)	45 (36.9)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise, nb (%)	19 (15.6)	7 (5.7)
Retraité, nb (%)	2 (1.6)	0 (0.0)
Etudiant, nb (%)	0 (0.0)	0 (0.0)
Profession libérale, professeur, profession scientifique, cadre et autres professions intellectuelles, nb (%)	14 (11.5)	19 (15.6)
Sans profession, nb (%)	9 (7.4)	27 (22.1)
Autre, nb (%)	17 (13.9)	14 (11.5)

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes

		Nb (%)
Sexe du médecin traitant		
	Homme	86 (70.5)
	Femme	36 (29.5)
Durée de suivi par le médecin traitant		
	Moins de 5 ans	54 (44.3)
	Entre 5 à 10 ans	38 (31.1)
	Plus de 10 ans	7 (5.7)
	Depuis toujours	23 (18.9)
Suivi de plusieurs membres de la famille		
	Oui	112 (91.8)
	Non	10 (8.2)

Sur une échelle de satisfaction de 0 à 10, la confiance que les parents accordent en leur médecin généraliste s'élève à 8.66/10.

B) Le parcours de l'enfant

Pour 81 des 122 enfants de notre étude (66.4%), ce sont les parents qui ont été les premiers inquiets des difficultés scolaires de l'enfant. Il s'agissait de l'instituteur/trice pour 54 enfants soit 44.3%. Le médecin généraliste a été le premier inquiet pour 6 enfants (4.9%).

Pour 92 enfants un diagnostic a été établi et pour 69.3% d'entre eux, il s'agissait d'un trouble « dys ».

Tableau 3 : Etiologies des difficultés scolaires

		Nb (%)
Diagnostic ?		
	Oui	92 (75.4)
	Non	30 (24.6)
Quel diagnostic ?		
	Dyslexie	34 (37.4)
	Dyspraxie	25 (27.5)
	Dysphasie	10 (11.0)
	Dysgraphie	12 (13.2)
	Dyscalculie	3 (3.3)
	TDAH	24 (26.4)
	TED/ TSA	4 (4.4)
	Problème psychologique	7 (7.7)
	Retard global/ Déficience intellectuelle	6 (6.5)
	Précocité intellectuelle	2 (2.2)
	Autre	8 (8.8)

(TDAH : Trouble déficit de l'attention/ hyperactivité ; TED : Trouble envahissant du développement ; TSA : Trouble du spectre autistique)

Les difficultés scolaires ont commencé en maternelle pour 67 enfants, en primaire pour 51 enfants et au collège pour 3 enfants. Le diagnostic a été établi en primaire pour 70 enfants, en maternelle pour 6 enfants et pour 5 enfants au collège.

En moyenne, le diagnostic a été établi 2.37 années ± 1.48 après les premières difficultés, sans différence statistiquement significative que les parents aient consulté leur médecin généraliste ou non :

	Consultation médecin généraliste				**p**	**Test**
	Oui		Non			
	N=55		N=67			
Durée pour établir un diagnostic (en années)	2,31 ± 1,45	2 [1-3]	2,41 ± 1,52	2 [1-3]	0.78	Wilcox

Le tableau 4 décrit le premier professionnel consulté par les parents pour les difficultés scolaires de leurs enfants.

Tableau 4 : Premier professionnel consulté pour les difficultés scolaires de l'enfant	**Nb (%)**
Orthophoniste	54 (44.3)
Médecin généraliste	31 (25.4)
Psychologue/Psychiatre	18 (14.8)
Psychomotricien	10 (8.3)
Neuropédiatre	8 (6.6)
Neuropsychologue	4 (3.3)
Autre	4 (3.3)
Centre de référence	1 (0.8)

55 enfants ont consulté leur médecin généraliste spécifiquement pour ce problème de difficultés scolaires, soit 45.1%.

La moyenne de satisfaction de cette consultation était de 7.15 ± 2.67/10, sur une échelle de 0 à 10.

Dans 85.5 % des cas, le médecin a orienté l'enfant vers un autre professionnel de santé.

Tableau 5 : Orientation faite par le médecin généraliste à l'issue de la consultation	**Nb =47**
Orthophoniste, nb (%)	30 (63.8)
Neuropédiatre, nb (%)	13 (27.7)
Psychologue/ Psychiatre, nb (%)	9 (19.1)
Orthoptiste, nb (%)	6 (12.8)
ORL, nb (%)	5 (10.6)
Centre de référence, nb (%)	3 (6.4)
Psychomotricien, nb (%)	3 (6.4)

67 enfants soit 54.9% des enfants de notre étude n'ont pas consulté leur médecin traitant pour leurs difficultés scolaires.

Tableau 6 : Raisons pour lesquelles les parents n'ont pas consulté leur médecin traitant (MT) pour les difficultés scolaires de leur enfant	**Nb=67**
Ils ont été dirigés vers un autre professionnel par l'institutrice/eur, nb (%)	35 (52.2)
Ils ne pensaient pas que leur MT était compétent dans ce domaine, nb (%)	29 (43.3)
Ils n'ont pas pensé à consulter leur MT, nb (%)	7 (10.4)
Ils n'avaient pas confiance en lui pour ce problème, nb (%)	3 (4.5)

Néanmoins, 63.1% des parents pensent à postériori que leur médecin généraliste aurait peut-être pu les aider. 15.4% pensent effectivement qu'il aurait pu les aider, contre 21.5% qui pensent, à l'inverse, qu'il n'aurait pas pu les aider.

C) Rôle du médecin généraliste du point de vue des parents

Nous avons ensuite interrogé les parents sur le rôle que devaient remplir, d'après eux, les médecins généralistes dans le parcours des enfants en difficultés scolaires.

Tableau 7 : Rôle que devrait jouer le MT dans les DS des enfants d'après les parents	**Nb (%)**
Orienter vers des professionnels de confiance	108 (89.3)
Compléter les documents administratifs	65 (53.7)
Dépister le trouble	51 (42.1)
Rôle central de coordination	45 (37.2)
Aucun rôle	2 (1.7)
Autre	4 (3.3)

Pour finir, 93 parents (76.23%) ont trouvé que leur médecin généraliste n'a pas joué de rôle central dans le parcours de leur enfant, contre 29 qui trouvent qu'il a eu un rôle central (23.77%).

En moyenne, la mesure de l'importance du rôle du médecin a été notée à 3.97±3.03 sur une échelle de 0 à 10/10. Il faut noter que 27 parents n'ont pas répondu à cette estimation.

D) Facteurs d'influence

Les tableaux 8.1, 8.2 et 8.3 analysent les facteurs qui auraient pu influencer le fait que les parents consultent, ou non, leur médecin généraliste pour les difficultés scolaires de leurs enfants.

Tableau 8.1 : Facteurs en lien avec le médecin généraliste

	Consultation médecin généraliste			
	Oui	Non	p	test
Confiance envers le MG	n=55	n=67		
	8.98 ±1.39	8.29±1.73	0.033	wilcox
Médecins généralistes de sexe féminin	n=55	n=67		
	20 (36.4%)	16 (23.9)	0.13	Chi 2

Tableau 8.2 : Facteurs en lien avec l'enfant et sa famille

	Consultation médecin généraliste					
	Oui		Non		p	test
Situation familiale	n=55		n=67			
	Famille biparentale	72.70%	Famille biparentale	64.20%	0.7	Chi 2
	Famille monoparentale (père)	1.80%	Famille monoparentale (père)	3.00%		
	Famille monoparentale (mère)	21.80%	Famille monoparentale (mère)	25.40%		
	Garde partagée	3.60%	Garde partagée	7.50%		
Enfants avec fratrie ayant des DS	n=47		n= 57		0.53	Chi 2
	31.90%		26.30%			

Tableau 8.3 : Facteurs en lien avec le parcours de l'enfant

	Consultation médecin généraliste					
	Oui		Non		p	test
Trouble « dys »	n=36		n= 52		0.36	Chi 2
	73.10%		63.90%			
Classe des premières difficultés scolaires	N=52		N=67			
	PSM	21 (38.2%)	PSM	13 (19.4%)	0.13	Chi 2
	MSM	9 (16.4%)	MSM	10 (14.9%)		
	GSM	5 (9.1%)	GSM	9 (13.4%)		
	CP	9 (16.4%)	CP	23 (34.3%)		
	CE1	4 (7.3%)	CE1	3 (4.5%)		
	CE2	2 (3.6%)	CE2	4 (6.0%)		
	CM1	2 (3.6%)	CM1	2 (3.0%)		
	CM2	2 (3.6%)	CM2	0 (0.0%)		
	6ème	0 (0.0%)	6ème	2 (3.0%)		
	4ème	0 (0.0%)	4ème	1 (1.5%)		

(PSM : Petite Section de Maternelle, MSM : Moyenne Section de Maternelle, GSM : Grande Section de Maternelle)

V. Discussion

A) Points faibles de l'étude

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon et ainsi le manque de puissance est un point faible de notre étude. En effet, 122 questionnaires ne représentent qu'une infime partie des enfants en difficultés scolaires.

La principale difficulté pour faire remplir le questionnaire (ayant été rapportée par les secrétaires ou les professionnels qui le distribuaient) est le fait que les enfants étaient suivis par des pédiatres, et non par des médecins généralistes.

Biais de sélection

Bien que le questionnaire ait été déposé dans de nombreux lieux, variés entre consultations libérales ou hospitalières, quartiers réputés plus ou moins favorisés ou défavorisés, seuls les parents sachant lire ont pu le remplir. En effet, plusieurs orthophonistes nous ont signalé avoir dans leurs patientèles des parents qui ne pourraient remplir notre questionnaire du fait d'une absence de lecture.

Biais de mémorisation

Les informations demandées, notamment la classe d'apparition des premières difficultés scolaires, pouvaient en effet demander aux parents de remonter à des souvenirs datant de plusieurs années. Les informations peuvent donc être approximatives.

Choix du type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative avec questions fermées pour tenter d'avoir l'avis d'un plus grand nombre de parents que lors d'une étude qualitative. Cependant, une étude qualitative aurait pu permettre aux parents de s'exprimer plus librement sur le sujet. Malgré les questions à réponses fermées, de nombreux parents ont laissé des commentaires libres, certains même leurs numéros de téléphones, ce qui témoigne de leur envie de s'exprimer plus librement sur le sujet.

B) Points forts de l'étude

Le sujet traité est assez original puisqu' étant un problème non somatique, les troubles des apprentissages sont peu enseignés à la faculté aux médecins généralistes. Il s'agit pourtant comme nous l'avons vu, d'une problématique fréquente et qui est un véritable enjeu pour la vie future des enfants.

Nous avons réalisé un questionnaire à questions fermées pour tenter d'augmenter le nombre de participants. Le questionnaire était également, en ce sens, anonyme.

Il a été distribué 365 questionnaires, et 136 ont été récupérés. Même si 14 n'ont pas pu être interprétés, il s'agit tout de même d'un taux de réponse acceptable pour ce type d'étude.

Nous avons réalisé une étude multicentrique pour tenter d'augmenter la taille de notre échantillon et limiter les biais de sélection.

C) Discussion sur les principaux résultats

1. Le parcours de soins des enfants en difficultés scolaires

Le début du parcours est souvent à l'initiative de l'instituteur, qui est au contact quotidien des élèves, mais également souvent à l'initiative des parents. Le médecin généraliste doit ainsi écouter et prendre en compte l'inquiétude parentale.

Puis lorsque les parents ont décidé de consulter un professionnel de santé pour les difficultés scolaires de leur enfant, ils se sont tournés en premier lieu vers un orthophoniste. Vient ensuite le médecin traitant, en seconde position.

Ce type de situation dans laquelle le médecin intervient après l'orthophoniste n'est pas rare. Dans une étude de 2014 portant sur la place du médecin généraliste dans le parcours d'enfants dyspraxiques, le médecin généraliste intervient en quatrième position, après l'orthophoniste, le psychologue et les centres de référence. (45)

55% des enfants de notre étude n'ont pas consulté leur médecin généraliste, et pour la moitié d'entre eux, la raison évoquée est une orientation directe par l'instituteur vers l'orthophoniste. Il est difficile de savoir si les instituteurs ont indiqué aux parents d'aller directement chez l'orthophoniste sans consulter leur médecin généraliste (d'autant qu'une ordonnance de celui-ci est nécessaire) mais nous pensons qu'il serait pertinent que les instituteurs envoient directement les enfants chez leur médecin généraliste. La HAS a d'ailleurs établi des recommandations en décembre 2017 sur le rôle des enseignants (46) qui stipulent qu'en cas de persistance de difficultés des apprentissages à l'issue de 3 ou 4 mois de pédagogie différenciée, ou en cas de difficultés d'emblée sévères, il faut un avis médical. L'évaluation peut être faite par le médecin de la PMI jusqu'en fin de moyenne section, par le médecin scolaire à partir de la grande section, ou par le médecin généraliste habituel de l'enfant, quel que soit son âge.

Des études ont montré via des entretiens avec des parents d'enfants dyspraxiques que le parcours diagnostic était souvent long avec une errance médicale de plusieurs années et une

grande difficulté pour les parents à obtenir des informations concordantes et une prise en charge fiable. (47) Ils exprimaient un sentiment de découragement devant la nécessité de se battre pour être entendus par le corps médical et enseignant avec une banalisation des troubles présentés par leurs enfants. En ce sens, un parent de notre étude décrit en commentaire libre le parcours de son enfant comme « parcours du combattant » afin d'arriver à un diagnostic et une prise en charge adaptée. Il n'est pas rare d'entendre ces termes lorsque l'on parle de troubles des apprentissages.

Dans notre étude, il a fallu environ un peu plus de 2 ans en moyenne pour qu'un diagnostic soit posé. Même si ce temps est long pour les familles, dans de nombreux cas il est nécessaire d'observer l'évolution de l'enfant sur plusieurs mois afin de poser un diagnostic de certitude.

Mais la période avant d'avoir accès aux médecins spécialistes et au diagnostic ne devrait pas être pour autant une période où l'enfant n'a pas de rééducation. Un parent écrit ainsi en commentaire libre « Nous regrettons que les RDV chez les spécialistes aient mis quasiment un an pour prendre en charge mon fils (liste d'attente de 100 personnes !!) ». Il apparait ainsi réellement nécessaire que le médecin généraliste sache orienter l'enfant, après l'avoir bien examiné, vers les bons professionnels, pour qu'il puisse progresser avant même qu'un diagnostic précis ait pu être posé.

2. Des conseils à prodiguer par le médecin généraliste

Durant cette période d'attente pour les parents avant d'avoir un rendez-vous chez un spécialiste ou chez un professionnel paramédical, il nous parait également important que le médecin généraliste puisse aider l'enfant et ses parents par des conseils simples, lorsque cela est possible, comme par exemple pour le TDAH : (17)

- Donner une consigne à la fois
- Établir des règles claires dans des temps limités
- Mettre en place des moments de pause en cours d'activité
- Utiliser des routines, des repères temporels et des rappels
- Favoriser la cohérence dans l'éducation ainsi qu'un environnement calme
- Féliciter l'enfant, donner des encouragements et des récompenses
- Donner des responsabilités, des tâches qui peuvent être réussies

D'autres conseils adaptés à tous les enfants peuvent également être prodigués par le médecin généraliste, comme par exemple de limiter le temps passé devant les écrans. Ses conseils liés aux écrans apparaissent sur le nouveau carnet de santé :

- « Avant 3 ans, évitez l'exposition aux écrans : télévision, ordinateur, tablette, smartphone.

- L'enfant et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.) :
    - Quel que soit son âge, évitez de mettre un téléviseur dans la chambre où il dort ;
    - Ne lui donnez pas de tablette ou de smartphone pour le calmer, ni pendant ses repas, ni avant son sommeil ;
    - N'utilisez pas de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir. »

Il est recommandé 4 temps sans écrans : pas d'écrans le matin, pas d'écrans durant les repas, pas d'écrans avant de s'endormir, pas d'écrans dans la chambre de l'enfant.

Certaines études associent l'écoute prolongée de la télévision à des capacités cognitives moins élevées, particulièrement pour ce qui est de la mémoire à court terme, des aptitudes précoces en lecture, en mathématiques et du développement du langage (48), (49), (50). Trop de temps passé devant la télévision entrainerait également des troubles du sommeil. (51)

Dans une étude de 2013 sur le rôle du médecin généraliste dans la société portant sur 1342 personnes, 55% ont déclaré que le médecin généraliste devait avoir, pour eux, un rôle de conseiller, ce qui montre bien que beaucoup de parents attendent des conseils de leur médecin. (52)

3. La confiance des familles envers le médecin généraliste : une notion primordiale

Les familles de notre étude ont une grande confiance envers leur médecin généraliste. En effet, la moyenne des scores de confiance de 0 à 10 est de 8.66/10.

Ce résultat va dans le même sens que ceux obtenus dans de nombreuses études, comme par exemple la thèse de 2014 portant sur la confiance qu'ont les parents en leur médecin généraliste pour le suivi de leur enfant. Elle retrouvait que 95% des parents avaient confiance en leur médecin généraliste. (53)

L'étude de 2013 précédemment citée portant sur 1342 adultes a trouvé qu'ils accordent une confiance de 7.4/10 en leur médecin généraliste. (52)

Cette notion de confiance apparait d'autant plus primordiale qu'il s'agit dans notre étude du seul facteur statistiquement significatif ayant une influence sur le fait que les parents consultent leur médecin traitant. Plus la confiance est élevée, plus les parents le consultent concernant les difficultés scolaires de leurs enfants. Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative avec d'autres facteurs, tels que le sexe du médecin, l'âge de l'enfant, l'âge des premières difficultés ou encore la situation familiale.

La thèse sur la confiance des parents envers leur médecin généraliste pour la santé de leur enfant (53) retrouve comme facteurs prédictifs de cette confiance : la capacité d'écoute et la disponibilité. Une étude réalisée dans le JAMA retrouvait que les médecins généralistes américains interrompaient leurs patients en moyenne 23 secondes après qu'ils aient pris la parole. (54) Une autre étude parue dans le BJM en 2002 montrait que lorsqu'on laisse le patient s'exprimer avec des techniques d'écoute active, 78% des patients ont exprimé leur demande en moins de deux minutes. (55)

Aujourd'hui, la compétence du médecin en termes d'écoute et de communication, est primordiale.

4. La consultation pour difficultés scolaires : une amélioration possible

Lorsque les parents ont consulté leur médecin généraliste spécifiquement pour parler des difficultés scolaires de leurs enfants, la moyenne de satisfaction de cette consultation a été de 7.15/10. Ce chiffre nous parait correct mais pourrait probablement être amélioré grâce à plusieurs facteurs comme des consultations plus longues et une meilleure connaissance des médecins généralistes sur le sujet.

Selon une étude de 2009 portant sur 55 médecins généralistes, le manque de temps pour le dépistage et le suivi des difficultés scolaires est en effet évoqué par 70% d'entre eux. (56)

Une étude menée en 2013 (57) interrogeant 91 médecins a retrouvé que seulement 5% d'entre eux estimaient leurs connaissances sur le sujet, bonnes. Pourtant, 76 % s'estimaient y être confrontés. 84% des médecins interrogés n'avaient pas connaissance des recommandations de l'HAS de 2005 portant sur le dépistage individuel de l'enfant de 28 jours à 6 ans et 73 % ne connaissaient pas l'existence des tests de dépistage tels que l'EDA, l'ERTL 4 ou l'ERTLA 6.

L'amélioration de la formation des médecins généralistes parait donc nécessaire. Dans le programme des Epreuves Classantes Nationales (ECN), un item unique traite du développement psychomoteur des nourrissons et enfants (58). Son intitulé est « Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage ». Ses objectifs sont :

- Diagnostiquer une anomalie du développement somatique, psychomoteur, intellectuel et affectif.
- Repérer de façon précoce les dysfonctionnements relationnels et les troubles de l'apprentissage.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi dans les situations courantes.

Cet item fait partie, avec 362 autres, des items nécessaires à connaître pour les ECN.

C'est un début pour améliorer la formation des futurs médecins. De même, la formation de pédiatrie au cours de l'internat de médecine générale évolue avec le développement de stages libéraux de pédiatrie permettant aux internes de réaliser des stages durant lesquels ils sont plus confrontés à ces thématiques de développement psychomoteur et troubles des apprentissages. Par la suite, il existe des formations pour les médecins généralistes qui souhaitent se former aux troubles des apprentissages, par exemple lors de Formations Médicales Continues (FMC). Il existe également des Diplômes Universitaires (DU) dans de nombreuses villes de France, d'une durée en générale d'un an, ouverts aux médecins généralistes et permettant une formation approfondie.

Les troubles des apprentissages étant de plus en plus étudiés et reconnus ces dernières années, des réseaux ont été créés dans de nombreuses régions avec par exemple RESODYS en Provence Alpes Cotes d'Azur, crée en 2002. Les missions de RESODYS telles que définie par l'Agence Régionale de Santé (ARS), sont : (59)

- De contribuer à la mise en place et au fonctionnement d'un réseau de soins pluridisciplinaire et pluri-partenarial destiné à améliorer la qualité de vie et l'intégration scolaire d'enfants souffrant de troubles spécifiques de l'apprentissage.
- De développer des projets de recherche scientifique fondamentale et appliquée dans le domaine de cette pathologie.
- De concevoir et organiser la formation initiale et continue des professionnels du réseau, des « Médecins Réseau », en adéquation avec les résultats des recherches scientifiques pour améliorer la prévention, et la prise en charge.

Les médecins généralistes peuvent être membre de RESODYS et ainsi faire partie de la prise en charge pluridisciplinaire des enfants en réseau.

5. Le rôle du médecin traitant

Orienter l'enfant vers des professionnels de confiance semble être l'une des missions principales du médecin généraliste pour les parents dans notre étude, ce qui est en accord avec d'autres études. (52) A l'issue de la première consultation, la grande majorité des médecins a orienté l'enfant chez un autre professionnel de santé : 63.8% des médecins ont orienté leur patient vers un ou une orthophoniste, ce qui est légèrement moins que ce qui a été retrouvé dans d'autres études où le médecin orientait plus fréquemment chez l'orthophoniste, par exemple pour 80% des médecins dans une étude de 2009. (56)

Cependant, moins de la moitié des parents pensent que le médecin généraliste doit jouer un rôle central, de coordination alors que cette notion de coordination nous parait primordiale et faire entièrement partie du rôle du médecin généraliste.

Selon la WONCA (l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes), les compétences du spécialiste en médecine de famille sont bien définies et sa mission n'est en aucun cas d'acquérir des connaissances étroites sur la dyslexie ou la dyspraxie. En tant que premier contact avec le système de soins, le médecin généraliste doit identifier tout trouble ou retard d'acquisition ou de développement de l'enfant et utiliser de façon efficiente les ressources du système de santé afin de pouvoir orienter vers un autre confrère ou un centre spécialisé lorsqu'un trouble est suspecté. (60)

Toujours d'après la WONCA, le rôle de coordination est un point clé de l'efficience des soins de santé de première ligne de bonne qualité. Lorsque le médecin généraliste revoit l'enfant, son rôle serait d'effectuer la synthèse des différents professionnels consultés, réexpliquer aux parents et à l'enfant la prise en charge qui a été entreprise, jouer un rôle de soutien pour la famille. Il doit ainsi être informé, avec l'accord des parents, des bilans effectués par les médecins spécialistes.

Développer le travail d'équipe autour du patient avec des professionnels de santé permet d'améliorer la qualité des soins.

Un parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. (61) Il consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical d'un patient. Les patients ont le libre choix de leur médecin traitant et doivent ensuite le déclarer à leur caisse d'Assurance Maladie. Ils peuvent changer de médecin traitant à tout moment. Si un patient n'a pas déclaré de médecin traitant, ou s'il consulte un autre médecin sans avoir été orienté par son médecin traitant, il est hors du parcours de soins coordonnés et sera moins bien remboursé par l'Assurance Maladie. Par cette réforme, le système de soins a été recentré autour du médecin généraliste, ce qui participe à la revalorisation de la médecine générale. Depuis janvier 2016 la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans. Sur les 2 millions d'enfants qui étaient suivis par un médecin traitant au 31 décembre 2017, 88 % l'étaient par un médecin généraliste, 11 % par des pédiatres, le 1 % restant étant suivi par un médecin d'une autre spécialité. (62)

Un autre rôle du médecin généraliste que ceux que nous avions cités dans les réponses du questionnaire a été souligné à plusieurs reprises : soutenir le reste de la famille. Un parent écrit « autre rôle : se préoccuper de la santé du reste de la famille ! Car se rendre à tous les rendez-vous médicaux, les prises en charge diverses, impacte la santé des parents et des autres enfants. En tant que parents, on priorise son enfant et on ne fait aucun dépistage pour

nous. » Un autre dit « nous soutenir et nous réexpliquer le langage des spécialistes. Expliquer à l'enfant son trouble, ce qu'aucun spécialiste n'a fait. » Le médecin généraliste doit ainsi être, comme défini dans la WONCA, un médecin de famille.

VI. Conclusion

De nombreux enfants sont en difficultés scolaires et ont un parcours chaotique. Les conséquences sont nombreuses : anxiété, faible estime de soi, dépression, conflits familiaux, insertion socioprofessionnelle difficile. Les causes de ces difficultés scolaires sont variées, souvent intriquées, et de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux peuvent intervenir.

Nous avons voulu, en décrivant le parcours de ces enfants à travers un questionnaire rempli par 122 parents, estimer la place qu'avait eue leur médecin généraliste.

Dans notre étude, les premières difficultés scolaires ont été repérées le plus souvent par les parents et les enseignants. Le premier professionnel de santé consulté a été l'orthophoniste pour 44,3% des enfants, le médecin généraliste en seconde position pour 25.4%. Un diagnostic a été établi pour 92 enfants et cela a pris un peu plus de deux ans en moyenne. La majorité des parents estime que leur médecin généraliste n'a pas joué de rôle central dans le parcours de leur enfant. 67 ne l'ont pas consulté, évoquant avoir été orientés chez l'orthophoniste directement par l'enseignant ou ne le pensant pas compétent dans ce domaine.

Le seul facteur statistiquement significatif ayant amené les parents a consulté leur médecin généraliste pour les difficultés scolaires de leurs enfants est la confiance envers ce dernier. Notre étude montre que plus la confiance envers le médecin est élevée, plus ils le consultent.

Médecin de premier recours, le médecin généraliste doit ainsi être un acteur privilégié de dépistage, de prévention et de coordination. Il doit repérer et dépister les anomalies, examiner l'enfant, éliminer les diagnostics différentiels, orienter vers les professionnels adaptés, informer l'enfant et sa famille, les accompagner, et coordonner la prise en charge.

Avec l'intérêt porté aux troubles des apprentissages ces dernières années, la meilleure connaissance qui en découle, la création de réseaux et la valorisation de la médecine générale, nous pouvons espérer l'amélioration du parcours de soins de ces enfants dans les années à venir. Pour cela, nous pouvons également imaginer qu'une meilleure sensibilisation du rôle du médecin généraliste dans les difficultés scolaires pourrait être véhiculée auprès des parents, par exemple dans les médias ou via une affiche dans la salle d'attente des cabinets médicaux.

VII. Abréviations

CIM : Classification Internationale des Maladies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

SLI : Specific Language Impairment

HAS : Haute Autorité de Santé

EHPI : Enfant à Haut Potentiel Intellectuel

QI : Quotient intellectuel

WISC : Wechster Intelligence Scale for Children

TED : Trouble Envahissant du Développement

TSA : Troubles du Spectre Autistique

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DPL 3 : Dépistage et Prévention Langage à 3 ans

ERTL 4 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans

ERTLA 6 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans

ZUS : Zone Urbaine Sensible

CMV : Cyto Mégalo Virus

EDA : Evaluation Des fonctions cognitives et Apprentissages

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

VIII. Annexes

A) Annexe 1 : Critères diagnostic du DSM-V : TDAH (APA, 2013)

A) Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, et caractérisé par (1) et/ou (2) :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles.

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés) :

a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis) ;
b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex : a du mal à rester concentré durant un cours, une conversation, la lecture d'un texte long) ;
c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste) ;
d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (ex : commence le travail mais perd vite le fil et est facilement distrait) ;
e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés) ;
f) Souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article) ;
g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile) ;
h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne ») ;
i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

2. **Hyperactivité et impulsivité** : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une déficience, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés) :

a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège ;
b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis) ;
c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (Remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation) ;
d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;
e) Est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts" (ex : incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité ou comme difficile à suivre) ;
f) Souvent, parle trop ;
g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine la phrase de ses interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation) ;
h) A souvent du mal à attendre son tour (ex : lorsque l'on fait la queue) ;
i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).

B. Certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans ;

C. Certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex : à la maison, l'école, ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités) ;

D. On doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie ;

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par une prise de substance ou son arrêt).

B) Annexe 2 : Questionnaire de Conners pour les parents

VEUILLEZ REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Enormément
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, doigts, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les adultes				
3. A du mal à se faire des amis et/ou à les garder				
4. Excitable, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtement, couverture)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué, est sur la défensive				
9. Rêvasse				
10. A des difficultés d'apprentissage				
11. Se « tortille », ne tient pas en place				
12. A peur (de nouvelles situations, lieux, personnes, de l'école…)				
13. Agité, a toujours besoin de faire quelque chose				
14. Destructeur				
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies.				
16. Timide				
17. S'attire plus d'ennuies que les autres enfants de son âge				
18 .Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle comme un bébé, bégaye, est difficile à comprendre)				
19. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
20. Querelleur				
21. Fait la moue et boude				
22. Prend les choses qui ne lui appartiennent pas				
23. Est désobéissant ou obéit à contre cœur				
24. S'inquiète plus que les autres (de la maladie, la mort, la solitude,…)				
25. Ne termine pas ce qu'il à commencé				
26. Se sent facilement froissé				
27. Brutalise ou intimide ses camarades				
28. Ne peut s'arrêté lors d'une activité répétitive				
29. Cruel				
30. Comportement « bébé » ou immature (demande qu'on l'aide pour des choses qu'il peut faire seul, est « collant », a constamment besoin d'être rassuré).				
31. Problème de fixation de l'attention ou de distractibilité				
32. Maux de tête				
33. Changement d'humeur rapide				
34. N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères et sœurs				
37. Se décourage facilement lors qu'un effort est nécessaire				
38. Dérange les autres enfants				
39. Enfant foncièrement malheureux				
40. Problème d'alimentation (mauvais appétit, se lève après chaque bouchée,…)				
41. Maux d'estomac				
42. Problème de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille pendant la nuit,…)				
43. Autres plaintes physiques et douleurs				
44. Vomissements, nausées				
45. Se sent « lésé » à la maison				
46. Se vante, fanfaronne				
47. Se laisse écraser, manipuler par les autres				
48. Problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, va à la selle irrégulièrement, constipation, …)				

Annexe 2 bis : Questionnaire de Conners pour les enseignants :

Vous trouvez ci-dessus une liste décrivant des comportements.
Placez une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant.
VEUILLEZ REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Enormément
1. Agité, se « tortille » sur sa chaise				
2. Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas				
3. On doit répondre immédiatement à sa demande				
4. Fait le malin				
5. Crise de colère et conduites imprévisibles				
6. Trop sensible à la critique				
7. Distrait ou attention fluctuante				
8. Perturbe les autres enfants				
9. Rêveur				
10. Fait la moue et boude				
11. Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12. Bagarreur				
13. Attitude soumise face à l'autorité				
14. Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15. S'excite facilement, impulsif				
16. Demande une attention excessive de l'enseignant				
17. Semble mal accepté par le groupe				
18. Se laisse mener par les autres enfants				
19. Est mauvais joueur				
20. Semble manquer de capacités à entraîner ou mener les autres				
21. Difficultés à terminer ce qu'il commence				
22. Puérile et immature				
23. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
24. A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				
25. Peu coopérant avec ses camarades				
26. S'énerve facilement quand il doit faire un effort				
27. Peu coopérant avec l'enseignant				
28. Difficulté d'apprentissage				

D'après Echelles d'évaluation de Conners. Dugas M, Bouvard MP. P521-34. In l'Evaluation clinique standardisé en psychiatrie. Tome II, sous la direction de JD Guelfi. Editions médicales P. Fabre, 1996

C) Annexe 3 : Critères Déficience Intellectuelle

RM = retard mental

RM	CIM 10	DSM-IV
Définition	Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental caractérisé par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence (fonctions cognitives, langage, motricité et capacités adaptation sociales).	3 critères : 1) Fonctionnement intellectuel général inférieur à la moyenne 2) Limitations significatives du fonctionnement adaptatif 3) Début avant l'âge de 18 ans
RM léger	QI de 50 à 69 (chez adulte : AM de 9 ans à 12 ans)	QI de 50-55 à 70 environ
RM moyen	QI de 35 à 49 (chez adulte : AM de 6 à 9 ans)	QI de 35-40 à 50-55
RM grave	QI de 20 à 34 (chez adulte : AM de 3 à 6 ans)	QI de 20-25 à 35-40
RM profond	QI au dessous de 20 (chez adulte : AM en dessous de 3 ans)	QI inférieur à 20-25

<u>Critères de gravité de la DI selon le DSM V</u>

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge...	La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales ; a un jugement social immature pour son âge...	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles...
Modéré	D'ordinaire, la personne a des compétences académiques de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle...	Les amitiés avec les pairs tout-venant souffrent souvent des limitations vécues par la personne au chapitre des communications et des habiletés sociales...	Présence, chez une minorité importante, de comportements mésadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social...
Grave	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent...	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire...	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes...
Profond	La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir)... Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel...	La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples...	La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités...

D) Annexe 4: CHAT

Questionnaire pour les parents

1. Est-ce que votre enfant aime qu'on le balance ou qu'on le fasse rebondir sur les genoux ?	Oui Non
2. Est-ce qu'il manifeste de l'intérêt pour les autres enfants ?	Oui Non
3. Est-ce que votre enfant aime grimper sur les choses, comme par exemple les escaliers ?	Oui Non
4. Est-ce que votre enfant aime jouer à faire coucou ou à cache-cache ?	Oui Non
5. Est-ce que votre enfant joue de temps en temps à « faire semblant » (par exemple : parler au téléphone, s'occuper de poupées ou d'autres choses) ?	Oui Non
6. Est-ce que votre enfant utilise parfois son index pour désigner ou demander quelque chose ?	Oui Non
7. Est-ce que votre enfant utilise parfois son index pour désigner ou indiquer son intérêt pour quelque chose ?	Oui Non
8. Est-ce que votre enfant joue de façon adéquate avec de petits jouets (ex. petites voitures, blocs...) sans limiter son comportement à les porter à sa bouche, chipoter avec ou les laisser tomber ?	Oui Non
9. Est-ce que votre enfant vous apporte régulièrement des objets pour vous montrer quelque chose ?	Oui Non

Questionnaire pour les professionnels

i. Lors du rendez-vous, est-ce que l'enfant a établi un contact oculaire avec vous ?	Oui Non
ii. Captez l'attention de l'enfant, ensuite pointez votre index vers un objet intéressant de l'autre côté de la pièce et dites : « Regarde là ! Il y a...(nommez l'objet). Observez l'enfant : est-ce qu'il regarde ce que vous avez indiqué ? *	Oui Non

iii. Captez l'attention de l'enfant, ensuite donnez-lui un jouet représentant une tasse de thé et une théière et demandez-lui s'il peut verser du thé dans la tasse. Est-ce que l'enfant fait semblant de verser le thé, de le boire,...? **	Oui Non
iv. Demandez à l'enfant : « Où est la lumière ? » ou « Montre-moi la lumière »***. Est-ce que l'enfant pointe son index vers la lumière ?	Oui Non
v. Est-ce que l'enfant est capable de construire une tour de blocs ? (Si oui, combien ?)	Oui Non

* Pour répondre OUI, assurez-vous que l'enfant regarde l'objet et pas votre main.

** Vous pouvez bien entendu trouver un autre exemple de jeu de « faire semblant ».

*** Nommez un autre objet, si l'enfant ne comprend pas le mot lumière.

Annexe 4 bis : M CHAT

M-CHAT: Version française

Remplissez les questions en fonction du comportement habituel de votre enfant. Si le comportement se manifeste de façon irrégulière (par exemple si vous ne l'avez vu qu'une seule fois ou deux), ignorez-le dans vos réponses.

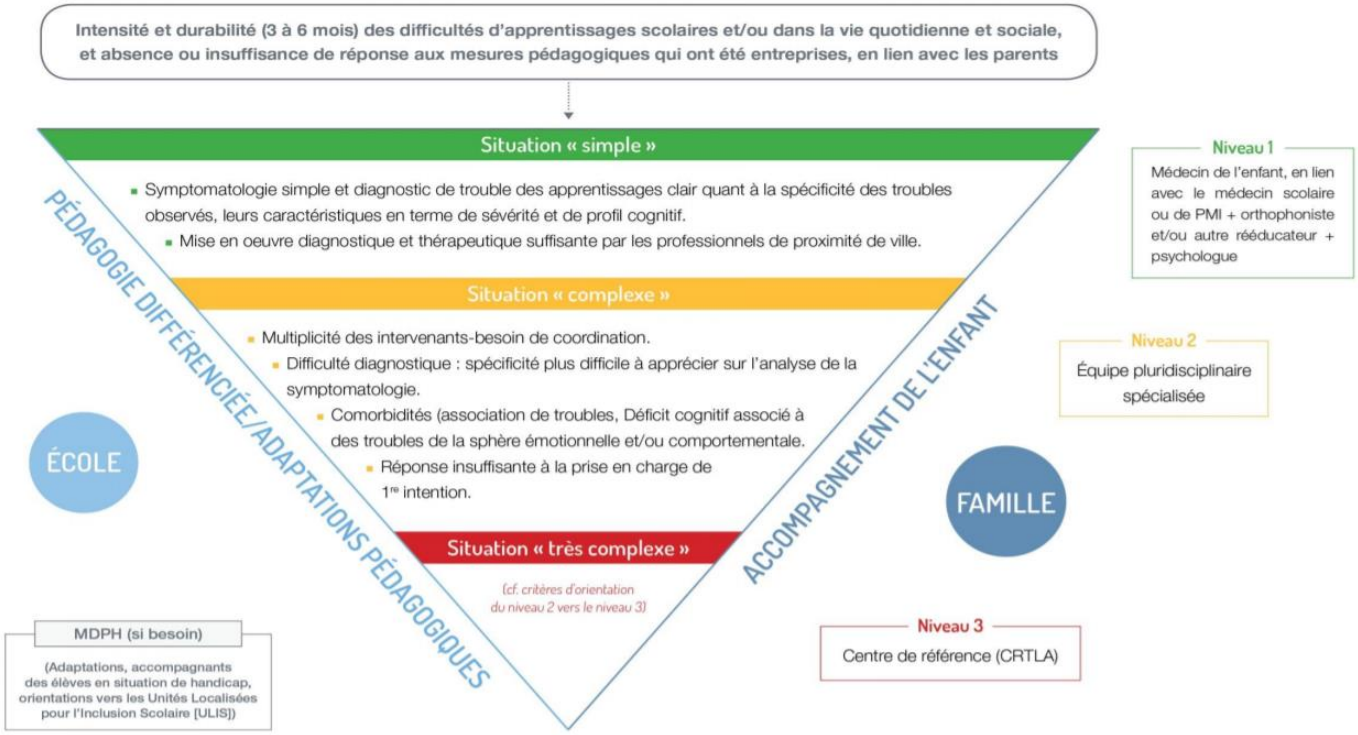
1. Votre enfant aime t-il être balancé sur vos genoux?	Oui	Non
2. Votre enfant s'intéresse t-il à d'autres enfants?	Oui	Non
3. Votre enfant aime t-il monter sur des meubles ou des escaliers?	Oui	Non
4. Votre enfant aime t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'?	Oui	Non
5. Votre enfant joue t-il a des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux?	Oui	Non
6. Votre enfant utilise t-il son index pour pointer en demandant quelque chose?	Oui	Non
7. Votre enfant utilise t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent?	Oui	Non
8. Votre enfant joue t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber?	Oui	Non
9. Votre enfant amène t-il de objets pour vous les montrer?	Oui	Non
10. Votre enfant regarde t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux?	Oui	Non
11. Arrive t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles)	Oui	Non
12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire?	Oui	Non
13. Votre enfant vous imite t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?)	Oui	Non
14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appelez?	Oui	Non
15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra t-il des yeux?	Oui	Non
16. Votre enfant marche t-il sans aide?	Oui	Non
17. Votre enfant regarde t-il des objets que vous regardez?	Oui	Non
18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage?	Oui	Non
19. Votre enfant essaie t-il d'attirer votre attention vers son activité?	Oui	Non
20. Vous êtes vous demandé si votre enfant était sourd?	Oui	Non
21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent?	Oui	Non
22. Arrive t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but?	Oui	Non
23. Votre enfant regarde t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle?	Oui	Non

Il faut suspecter un diagnostic d'autisme quand l'enfant n'obtient pas les mêmes réponses que sur la grille de cotation à soit deux des items considérés comme critiques, soit quand il n'obtient pas les mêmes réponses à trois items.

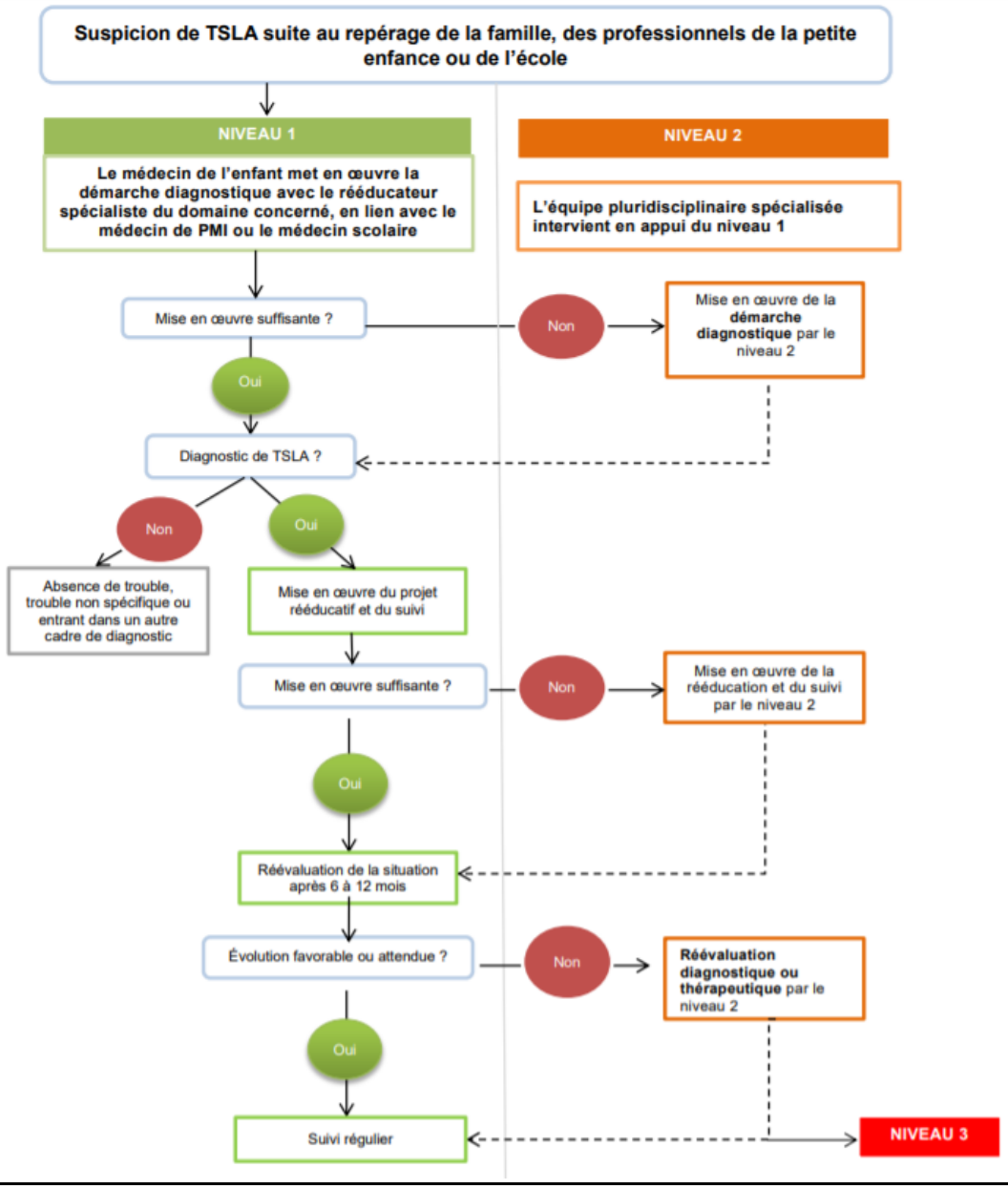
1. No	6. No	11. No	16. No	21. No
2. NO	**7. NO**	12. No	17. No	22. Yes
3. No	8. No	**13. NO**	18. Yes	23. No
4. No	**9. NO**	**14. NO**	19. No	
5. No	10. No	**15. NO**	20. Yes	

E) Annexe 5 : Parcours de soins Difficultés d'apprentissage HAS

Figure 1. TSLA : pyramide des profils de situations et des niveaux de recours aux soins correspondants



F) Annexe 6 : Parcours de soins : Interaction entre niveau 1 et niveau 2



G) Annexe 7 : DPL3

DPL3

D.P.L. 3

QUESTIONNAIRE POUR LE REPÉRAGE DE TROUBLES DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT DE TROIS ANS A TROIS ANS ET DEMI

ENFANT Nom: Prénom: Date de naissance:
Sexe: M ❑ F ❑ Âge: Mois Autre langue parlée à la maison:
École:
Profession des parents: Père: Mère:
Niveau Socio Professionnel: I II III IV V
Absentéisme important: oui ❑ non ❑ **Rempli le:**

Q1 L'enfant communique spontanément avec les adultes oui ❑ non ❑ ❑

Q2 L'enfant utilise spontanément le langage oral dans les activités oui ❑ non ❑ ❑

Q3 L'enfant fait ses premiers bonhommes têtards **score B.....** oui ❑ non ❑ ❑

Q4 L'enfant imite le cercle, le ferme oui ❑ non ❑ ❑

Q5 L'enfant comprend des ordres simples non accompagnés de gestes oui ❑ non ❑ ❑

Q6 L'enfant désigne sur demande

Bleu	❑	Vert	❑	Jaune	❑		
Devant toi	❑	Derrière toi	❑				
En haut	❑	En bas	❑			**score VP: /12**	
Genou	❑	Menton	❑				
Jupe	❑	Pyjama	❑	Robe	❑		≥ 8 oui ❑ non ❑ ❑

Q7 L'enfant exprime spontanément verbalement ses sentiments, ses désirs, ses difficultés oui ❑ non ❑ ❑

Q8 L'enfant nomme lorsqu'on lui demande

Rouge	❑	Bleu	❑	Vert	❑	Jaune	❑		
Debout	❑	Couché	❑	Assis	❑				
Derrière	❑	Devant	❑	En haut	❑	En bas	❑		
Genou	❑	Menton	❑	Vache	❑	Cheval	❑		
Jupe	❑	Pull	❑	Pyjama	❑	**score VA: /20**			
Robe	❑	Bottes	❑						≥ 11 oui ❑ non ❑ ❑

Q9 L'enfant construit des phrases de type S+V+C et utilise le "je" à l'occasion oui ❑ non ❑ ❑

Q10 L'enfant articule de façon satisfaisante pour que le message soit compris oui ❑ non ❑ ❑

Observations:
L'enfant a-t-il tendance à bégayer?

TOTAL: ❑
SATISFAISANT ❑
À SURVEILLER ❑
À RISQUES ❑

Ortho EDITION

Protocole COQUET-MAETZ 1996

H) Annexe 8 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans

- Etre attentif à la voix et au débit tout au long des épreuves
- Epreuve les nains et les indiens :

Les nains et les indiens

Sans montrer la plaquette
« Est-ce que tu connais l'historie de Blanche-Neige ?
Dans cette histoire il y a sept nains ? il y a ...

Archoum - Timide - Prof - Joyeux - Simplet - Grincheux - Dormeur »

Montrer la plaquette à l'enfant
« Regarde les petits indiens, ils ont des drôles de noms. Il y a ...

Yéroi - Gontra - Dimanko - Zulseu - Otrudiré - Favikère - Meunulivou »

- Epreuve le petit chien :

« Ce petit chien bouge beaucoup.
(Image n° 1) Là, il est sur sa niche.
(Image n° 2) Et là, il est ...»
En cas de non réponse :
«Est-ce qu'il est sur la niche ? ... »

- <u>Epreuve la toilette :</u>

Épreuve E 4 : la toilette

Être attentif à la VOIX (5) et au DEBIT (6) de l'enfant.

" Qu'est-ce que tu vois sur cette image ? "
" Que font les enfants ? "
" Combien il y a d'enfants ? "
" A qui sont les chaussures ? "
" Le savon, c'est pour quoi faire ? "
" Regarde le dentifrice; pourquoi il coule ? "
" Et toi, qu'est ce que tu fais après ta toilette ? "

ERTL 4

© ROY-MAEDER

I) Annexe 9 : Questionnaire

Bonjour,

Jeune médecin généraliste, je réalise ma thèse sur la place du médecin généraliste dans le dépistage et le suivi d'enfants présentant des difficultés scolaires.
J'aimerais pour cela recueillir votre avis, en tant que parents, à l'aide d'un questionnaire.

Vous pouvez répondre à ce questionnaire si votre enfant :

- **Présente des difficultés scolaires**, quelles qu'elles soient.
- Est suivi par **un médecin généraliste** (et non un pédiatre).

Ce questionnaire est anonyme.

Je vous remercie grandement pour votre aide.

A) Quelques questions sur votre enfant et sur vous-même.

1) Mois et année de naissance de votre enfant :

2) En quelle classe est-il aujourd'hui ?
(Précisez si scolarité ordinaire ou ULIS ou SEGPA ou autre)

3) A-t-il des frères et sœurs ? ☐Oui ☐Non

Si oui : - Combien ? ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐ >5

- Quel est son rang dans la fratrie ? Enfant numéro ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐>5

- A-t-il un frère ou une sœur également concerné(e) par des difficultés scolaires ? ☐Oui ☐Non

4) Quelle est la profession de sa mère ?

☐Agriculteur, exploitant ☐Profession intermédiaire
☐Employé, Ouvrier ☐Artisan, commerçant, chef d'entreprise
☐Retraité ☐Étudiant
☐Profession libérale, professeur, profession scientifique, cadre et autres professions intellectuelles supérieures
☐Sans profession ☐Autre

5) Quelle est la profession de son père ?

☐Agriculteur, exploitant ☐Profession intermédiaire
☐Employé, Ouvrier ☐Artisan, commerçant, chef d'entreprise
☐Retraité ☐Étudiant
☐Profession libérale, professeur, profession scientifique, cadre et autres professions intellectuelles supérieures
☐Sans profession ☐Autre

6) Votre enfant vit :

☐Avec ses 2 parents ☐Uniquement avec sa mère
☐Uniquement avec son père ☐Garde partagée entre ses parents
☐Autre : précisez :

7) Etes-vous : ☐Sa mère ☐Son père ☐Autre : précisez :

B) Quelques questions sur votre médecin traitant :

8) Est-ce : ☐ Un homme ☐ Une femme

9) Suit-il plusieurs membres de votre famille ? ☐Oui ☐Non

10) Depuis combien de temps suit-il votre enfant ?

☐Mois de 5 ans ☐Plus de 10 ans
☐Entre 5 et 10ans ☐Sa naissance

11) Quelle confiance lui accordez-vous ? (entourez le chiffre correspondant avec 0=une confiance nulle et 10=une confiance totale)

→

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C) Le parcours de votre enfant

12) Quelle est la première personne à s'être inquiétée des difficultés scolaires de votre enfant (celle qui vous a amenée à consulter) ?

☐Vous (les parents) ☐Son enseignant
☐Votre médecin traitant ☐Autre (précisez) :

13) En quelle classe était-il au moment des premières difficultés ?

14) Un diagnostic a-t-il finalement été posé ? ☐Oui ☐Non

-Si oui, quel(s) diagnostic(s) a (ont) été posé(s) ?
☐Dyslexie (avec ou sans dysorthographie)
☐Dyspraxie ☐Dysphasie ☐Dysgraphie
☐TDAH (trouble déficit attention avec ou sans hyperactivité)
☐Trouble envahissant du développement/ Trouble du spectre autistique
☐ Précocité intellectuelle/ Haut potentiel
☐ Déficience intellectuelle/ Retard global
☐Problème psychologique : précisez :
☐Autre :

-Si oui, en quelle classe le diagnostic a été posé :

15) Lorsque les difficultés sont apparues :

15.1) Qui avez-vous consulté en premier ?

☐ Votre médecin généraliste
☐ Psychologue
☐ Neuropédiatre
☐ Centre de référence trouble des apprentissages
☐ Autre :
☐ Orthophoniste
☐ Psychomotricienne
☐ Neuropsychologue

15.2) Avez-vous consulté votre médecin traitant spécifiquement pour ce problème de trouble des apprentissages : ☐ **Oui** ☐ **Non**

- **<u>Si OUI</u>**

La consultation avec votre médecin généraliste a-t-elle répondu à vos attentes ?
(0 = pas du tout, 10 = complètement)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre médecin généraliste vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?

☐ Oui : lequel ? ☐ Non

☐ Orthophoniste
☐ Psychomotricienne
☐ Orthoptiste
☐ Neuropédiatre
☐ Pédopsychiatre, psychiatre, CMP, psychologue
☐ ORL
☐ Centre de référence
☐ Autres :

- **<u>Si NON</u>**

Pourquoi ?

☐ Vous n'y avez pas pensé
☐ Vous n'avez pas confiance en lui pour ce problème
☐ Vous ne pensiez pas que cela faisait partie de son champ de compétences
☐ Son enseignant vous a adressé vers une autre personne (orthophoniste ou autre)
☐ Autre : Précisez :

A posteriori, pensez-vous qu'il aurait pu vous aider ? ☐ Oui ☐ Peut être ☐ Non

16) <u>Selon vous, quel(s) devrai(en)t être le(s) rôle(s) du médecin généraliste concernant les difficultés scolaires des enfants :</u>

☐ Dépister le trouble
☐ Orienter vers des personnes de confiance
☐ Compléter les documents administratifs (ordonnance pour orthophoniste, certificat MDPH, etc)
☐ Coordonner la prise en charge (rôle central)
☐ Aucun
☐ Autres :

17) Trouvez-vous que votre médecin généraliste a, ou a eu, un rôle central dans le parcours de votre enfant concernant son trouble des apprentissages ?

☐ Oui

☐ Non

Estimez dans quelle mesure :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

Si vous êtes intéressé(e) par les résultats de mon étude, merci de m'indiquer votre email pour que je vous les communique, une fois l'étude terminée :

Merci encore pour votre aide.

GALPERN-TUA Emma

IX. Bibliographie

1. Avis et rapports - Haut Conseil de l'Éducation [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: http://www.hce.education.fr/index.php?p=6&art_id=12&args=Y29tcF9pZD0xNCZhY3Rpb249dmlld0RldGFpbCZpZD0zJmlzTGFzdD18

2. Rapport Haut conseil de l'éducation. Paris; décembre2012 p. 36.

3. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html

4. Rapport Sommelet. Adolescents, enfants, jeunes : rapport, santé, santé publique, prévention, prise en charge. 2007.

5. Ressources pour scolariser les élèves handicapés - Ressources de formation à distance pour les enseignants - Éduscol [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: http://eduscol.education.fr/cid61219/ressources-de-formation-a-distance-pour-les-enseignants.html

6. manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf

7. Troubles des apprentissages [Internet]. Inserm. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-apprentissages

8. Soares-Boucaud I, Labruyère N, Jery S, Georgieff N. Dysphasies développementales ou troubles spécifiques du développement du langage. 9 avr 2009;

9. Rapin I, Allen DA. Syndromes in developmental dysphasia and adult aphasia. Res Publ - Assoc Res Nerv Ment Dis. 1988;66:57-75.

10. Pammer K. Brain Mechanisms and Reading Remediation: More Questions Than Answers. Scientifica [Internet]. 2014;2014. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3913493/

11. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 Version:2008 [Internet]. 2008 [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#!/F80-F89

12. Mazeau M. Les dyspraxies : points de repères. 8 mars 2010 [cité 18 déc 2017]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/245287/resultatrecherche/10

13. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Santé de l'enfant: proposition pour un meilleur suivi. 2009;

14. Lecendreux DM. Epidémiologie du TDAH en France - Dr M. Lecendreux, Paris [Internet]. HyperSupers - TDAH France. [cité 27 févr 2018]. Disponible sur: https://www.tdah-france.fr/Epidemiologie-du-TDAH-en-France-Dr-Lecendreux.html

15. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. Long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based perspective. J Dev Behav Pediatr JDBP. août 2007;28(4):265-73.

16. GÉTIN-VERGNAUD C, ANGENON-DELERUE KG. Après 10 ans d'activité, HyperSupers- TDAH France dresse un premier bilan de ses actions au travers des résultats d'une enquête menée durant l'été 2011 auprès des familles adhérentes. 2011;7.

17. Haute Autorité de Santé - Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [Internet]. [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite

18. Salmeron PA. Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: diagnosis, clinical practice guidelines, and social implications. J Am Acad Nurse Pract. sept 2009;21(9):488-97.

19. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Killian JM, Voigt RG, Weaver AL, et al. Written-language disorder among children with and without ADHD in a population-based birth cohort. Pediatrics. sept 2011;128(3):e605-612.

20. INSERM. Déficiences intellectuelles. 2016;

21. Ministère de l'éducation nationale. Scolariser les enfants intellectuellement précoces. sept 2013;

22. Gibello B. Les échecs scolaires des enfants surdoués. J Pédiatrie Puériculture. 1 juin 1997;10(4):234-6.

23. Terrassier J-C. Les dyssynchronies des enfants intellectuellement précoces : différences filles-garçons. 9 nov 2016 [cité 27 mai 2018]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1093737/resultatrecherche/10

24. Robert G, Kermarrec S, Guignard J-H, Tordjman S. Signes d'appel et troubles associés chez les enfants à haut potentiel. 15 sept 2010;

25. AFEP - Association Française pour les Enfants Précoces [Internet]. [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: http://www.afep-asso.fr/index.php

26. La scolarisation des élèves intellectuellement précoces [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/cid2022/la-scolarisation-des-eleves-intellectuellement-precoces.html

27. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Acta Paedopsychiatr. 1968;35(4):100-36.

28. Haute Autorité de Santé - Autisme et autres troubles envahissants du développement [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_935617/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement

29. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. J Autism Dev Disord. août 2003;33(4):365-82.

30. Haute Autorité de Santé - Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/fr/recommandations-pour-la-pratique-professionnelle-du-diagnostic-de-l-autisme

31. Chagvardieff A. L'autisme en médecine générale : stratégies de dépistage précoce des troubles envahissants du développement entre 0 et 3 ans. 2009;

32. Barton ML, Dumont-Mathieu T, Fein D. Screening young children for autism spectrum disorders in primary practice. J Autism Dev Disord. juin 2012;42(6):1165-74.

33. Wendland J, Camon-Sénéchal L, Khun-Franck L, Maronne C, Rabain D, Aidane É. Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement : un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants, Summary. Devenir. 22 mars 2011;23(1):7-32.

34. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. juill 2003;42(7):797-807.

35. Sameroff AJ, Seifer R, Baldwin A, Baldwin C. Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. Child Dev. févr 1993;64(1):80-97.

36. When Predictions Fail: The Case of Unexpected Pathways Toward High School Dropout (PDF Download Available) [Internet]. ResearchGate. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/229559545_When_Predictions_Fail_The_Case_of_Unexpected_Pathways_Toward_High_School_Dropout

37. Câmara-Costa H, Pulgar S, Cusin F, Dellatolas G. Facteurs associés aux difficultés scolaires : une étude de suivi de la maternelle à la fin du collège. 22 janv 2016 [cité 21 févr 2018]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1028109/resultatrecherche/20

38. Hale L, Berger LM, LeBourgeois MK, Brooks-Gunn J. A Longitudinal Study of Preschoolers' Language-Based Bedtime Routines, Sleep Duration, and Wellbeing. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43. juin 2011;25(3):423-33.

39. Le retard scolaire à l'entrée en 6e : plus fréquent dans les territoires les plus défavorisés | Insee [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281332

40. Delaney-Black V, Covington C, Ondersma SJ, Nordstrom-Klee B, Templin T, Ager J, et al. Violence Exposure, Trauma, and IQ and/or Reading Deficits Among Urban Children. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 mars 2002;156(3):280-5.

41. Melchior M, Bolze C, Fombonne E, Surkan PJ, Pryor L, Jauffret-Roustide M. Early cannabis initiation and educational attainment: is the association causal? Data from the French TEMPO study. Int J Epidemiol. 1 oct 2017;46(5):1641-50.

42. Carine FRANC, Marc LE VAILLANT, Sophia ROSMAN et Nathalie PELLETIER-FLEURY, DREES. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. aout 2007;

43. Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans - Enfants - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/difficultes-et-troubles-des-apprentissages-chez-l-enfant-a-partir-de-5-ans

44. Haute Autorité de Santé - Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires [Internet]. [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires

45. Alluin R. Place du médecin généraliste dans le parcours diagnostique des enfants atteints de dyspraxie ou d'un trouble de l'acquisition de la coordination. 24 avr 2014;96.

46. Haute Autorité de Santé. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages: rôle de l'enseignant. déc 2017;

47. Missiuna C, Moll S, Law M, King S, King G. Mysteries and Mazes: Parents' Experiences of Children with Developmental Coordination Disorder. Can J Occup Ther. 1 févr 2006;73(1):7-17.

48. Chonchaiya W, Pruksananonda C. Television viewing associates with delayed language development. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. juill 2008;97(7):977-82.

49. Lin L-Y, Cherng R-J, Chen Y-J, Chen Y-J, Yang H-M. Effects of television exposure on developmental skills among young children. Infant Behav Dev. févr 2015;38:20-6.

50. Barr R, Lauricella A, Zack E, Calvert S. The relation between infant exposure to television and executive functioning, cognitive skills, and school readiness at age four. Merrill-Palmer Q. 1 janv 2010;56:21-48.

51. Cheung CHM, Bedford R, Urabain IRSD, Karmiloff-Smith A, Smith TJ. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. Sci Rep. 13 avr 2017;7:46104.

52. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. Thèse de médecine: université de Nancy. 7 déc 2013;84.

53. Benet X. La confiance des parents vis-à-vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant. Thèse de médecine: université de Rouen. 14 oct 2014;64.

54. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 20 janv 1999;281(3):283-7.

55. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rütimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ. 28 sept 2002;325(7366):682-3.

56. Amiard S. Les troubles spécifiques des apprentissages chez l'enfant : étude descriptive de leur prise en charge par les médecins du bassin chambérien : difficultés rencontrées et intérêt de la création d'un réseau en Savoie. 7 déc 2009;87pages.

57. Habib R. Dépistage et orientation des enfants présentant un trouble spécifique des apprentissages par le médecin généraliste. Mémoire de médecine générale: Universté d'Aix-Marseille. 16 oct 2013;39.

58. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Etudes médicales: Régime des études en vue du premier et deuxième cycle. Bulletin officiel numéro 20 du 16 mai 2013 [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html

59. L'association - Resodys [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: http://www.resodys.org/L-association

60. WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

61. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes

62. Avoir un médecin traitant : les avantages pour le suivi médical de son enfant [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/actualites/avoir-un-medecin-traitant-les-avantages-pour-le-suivi-medical-de-son-enfant

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre