



HAL
open science

Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant de moins de 3 ans et difficultés rencontrées en médecine générale: étude qualitative auprès de 14 médecins béarnais

Lauriane Grzelka

► To cite this version:

Lauriane Grzelka. Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant de moins de 3 ans et difficultés rencontrées en médecine générale: étude qualitative auprès de 14 médecins béarnais. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02866558

HAL Id: dumas-02866558

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02866558>

Submitted on 12 Jun 2020

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

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

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°36

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

Par

Lauriane GRZELKA

Née le 06/05/1988 à Rouen (76)

Le 13 mars 2020

**Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant de moins
de 3 ans et difficultés rencontrées en médecine générale.
Etude qualitative auprès de 14 médecins béarnais.**

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Claire GUILLARD-PRUDHOMME

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Olivier BRISSAUD

Président

Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Rapporteur

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Juge

Madame le Docteur Muriel REBOLA

Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier BRISSAUD,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Pédiatre au CHU Pellegrin – Service de réanimation pédiatrique.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Marco ROMERO,

Maître de conférence associé au Département de Médecine Générale, Médecin généraliste.

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail et d'en être le rapporteur. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Maître de conférence associé au Département de Médecine Générale, Médecin généraliste.

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

A Madame le Docteur Muriel REBOLA,

Praticien Hospitalier, Pédiatre au CHU Bordeaux – Service de néonatalogie.

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Je vous prie de croire en mon profond respect.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Claire PRUDHOMME,

Pédiatre à la Protection Maternelle et Infantile de Pau.

Je te remercie d'avoir accepté de te lancer dans ce projet avec moi. Merci pour ton implication dans ce travail, ta disponibilité, tes conseils de rédaction et la précision de tes corrections.

J'ai également beaucoup apprécié de découvrir le monde de la PMI et suivre à tes côtés des enfants et leurs familles durant mon stage d'internat. Merci d'avoir confirmé mon goût pour la pédiatrie.

Au Docteur Laurent MAGOT,

Merci pour ta disponibilité et ta précieuse aide technique à différentes étapes de ce travail, sans lesquelles je n'aurais probablement pas réussi à finaliser mon étude.

A Manon GABE,

Merci pour ta bonne humeur et ton aide précieuse tout au long de ce travail fastidieux de codage. C'est maintenant à mon tour de t'aider à terminer ton travail !

Aux médecins généralistes ayant accepté de participer à ce travail,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé pour discuter ensemble de votre exercice quotidien.

A mes collègues,

Merci aux médecins, infirmiers et autres professionnels de santé, que j'ai pu croiser tout au long de mes études et qui m'ont appris à toujours chercher les bons côtés de l'être humain.

Un remerciement particulier pour ma maîtresse de stage et amie, Sophie Cantin. Merci pour ton accueil et ta bienveillance qui m'ont permis de découvrir le monde libéral et de prendre confiance en moi lors de mes remplacements.

A mes parents,

Merci papa et maman pour votre amour et votre soutien indéfectible, de la première année pleine de doutes jusqu'aux dernières relectures de mon travail de thèse. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir transmis ces belles valeurs qui m'ont permis de devenir la personne d'aujourd'hui. Nous tournons tous une page de nos vies cette année, pour que les prochaines soient douces et toujours aussi remplies de ces riches moments ensemble.

A mes sœurs,

Merci Marion et Pauline pour votre accueil lors de mes nombreuses virées parisiennes, entre concerts et visites. Merci de m'avoir supporté toutes ces années ! En espérant que nous continuerons à nous retrouver toujours avec le même bonheur ! Et merci Pascal de me faire rire (parfois à tes dépens !) et de m'avoir redonné envie de jouer de la musique.

A ma grande famille,

Merci à mes cousins, cousines, oncles, tantes, pour tous ces souvenirs et moments partagés ensemble.

Merci Mamie Irène et tatie Cathy, pour votre accueil, même si la distance ne me permet pas de vous rendre visite souvent.

A mes grands-parents qui ne sont plus là pour me voir devenir Docteur,

Papi Edmond et mamie Marie, Dziadzia. Vous seriez tellement heureux et fiers aujourd'hui...

A mes amis,

Merci Anna de me soutenir depuis le lycée. Malgré la distance, notre amitié est toujours aussi importante et nos retrouvailles me font oublier le temps qui passe. Vivement notre prochaine rencontre !

Merci aux amis des bancs de la fac. A Alice et Gaëlle, pour ces week-ends entre filles ou avec nos +1, qui rythment nos calendriers toujours trop chargés ! A Marie, pour tous nos voyages et concerts endiablés. A Tintin et Thomas pour ces nombreux fou-rires qui ont rendu moins tristes nos années d'externat. A Edith pour tous ces moments, parfois compliqués, partagés lors de nos stages et de nos vies. A Pauline pour nos discussions sur le monde libéral.

Merci aux amis qui me rappellent qu'il existe autre chose dans la vie que la médecine. A Clothilde, pour nos échanges sur nos vies et cette fameuse semaine parisienne il y a quelques années. A Ambre, Antoine et Dune, pour les week-ends à Maubuisson et nos sorties bordelaises. A Aymeric, pour les matchs de rugby et nos week-ends palois. A David, pour nos sessions Seven Wonders. A Marine, Yo, Anaée et Maéline, pour nos repas de Noël et autres soirées arrosées. A Juliette, Alex, Lila et Maïa, pour les barbecues allemands.

A mon amour, Raynalde,

Quelle chance de t'avoir rencontré ! Merci pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ton soutien et ta patience tout au long de l'internat et de ce travail de thèse. Je n'ai pas toujours été facile mais tu as su trouver les mots et les gestes pour toujours répondre présent. Notre nouvelle vie commence, remplie de nos beaux projets. J'ai hâte de poursuivre nos aventures !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	5
TABLE DES ILLUSTRATIONS	10
LISTE DES ABREVIATIONS	11
PREAMBULE	12
INTRODUCTION	13
1. Développement psychomoteur et retard	13
1.1. Définition du développement psychomoteur	13
1.2. Repères du développement psychomoteur	13
1.3. Retard du développement psychomoteur	14
a) Classification internationale des maladies	14
b) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) [8]	14
c) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée (CFTMEA-R) [9]	15
d) Haute Autorité de Santé [4]	15
e) Autres	16
1.4. Épidémiologie	16
a) Registres des handicaps français	16
b) Prévalence selon les pathologies	16
1.5. Intérêt d'un dépistage précoce d'un retard de DPM	17
a) Intérêt médical	18
b) Intérêt socio-économique	18
2. Evaluation du DPM	19
2.1. Recommandations françaises	19
a) Suivi des enfants	19
b) Contenu des examens de dépistage	20
2.2. Autres recommandations	21
a) Américaines	21
b) Canadiennes	21
c) Anglaises	22
d) Australiennes [33]	22
2.3. Outils de dépistage	23
a) Echelles développementales	23

b) Questionnaires parentaux-----	25
c) Malette à outils-----	26
3. Place du MG dans le suivi du DPM de l'enfant -----	27
3.1. Rôles du médecin généraliste -----	27
3.2. Place du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique -----	28
a) Démographie pédiatrique et médicale en France-----	28
b) Activité pédiatrique en médecine générale-----	29
c) Rôles du MG dans le suivi pédiatrique et évaluation du DPM -----	29
3.3. Recherches déjà réalisées -----	30
4. Résumé et objectif de la recherche -----	31
MATERIEL ET METHODE -----	32
1. Choix de l'étude -----	32
2. Population étudiée -----	32
3. Aspect éthique-----	32
4. Recueil des données -----	33
4.1. Guide d'entretien (ANNEXE 10)-----	33
4.2. Réalisation des entretiens-----	33
5. Analyse des données-----	34
5.1. Retranscription-----	34
5.2. Logiciel utilisé -----	34
5.3. Codage-----	34
5.4. Analyse-----	34
RESULTATS -----	36
1. Description des participants -----	36
1.1. Recrutement-----	36
1.2. Réalisation des entretiens-----	36
1.3. Profil des médecins interrogés-----	36
2. Description et analyse des données recueillies-----	37
2.1. Organisation et adaptations du MG pour le suivi du DPM -----	37
a) Une organisation réfléchie -----	37
b) Rôles et comportement du médecin -----	42
c) Des interlocuteurs privilégiés : les parents-----	44
d) Place des outils dans la pratique des MG -----	46
e) Différence inter-individuelle et gestion du doute -----	48
f) Facilités d'accès au spécialiste -----	50
g) Place de l'argent et des nouvelles cotations-----	52

h)	Une formation jugée indispensable-----	53
i)	Une expérience qui forge les pratiques-----	56
j)	Résumé des actions facilitatrices mises en place par les MG-----	58
2.2.	Difficultés et freins rencontrés par les MG-----	60
a)	Le manque de temps : principale difficulté des médecins généralistes-----	60
b)	Une certaine difficulté d'organisation-----	61
c)	Faire face à un enfant craintif -----	62
d)	Les limites de la participation des parents -----	62
e)	Des outils imparfaits -----	63
f)	Difficultés liées au DPM lui-même -----	64
g)	Des liens compliqués avec les spécialistes -----	65
h)	Les contraintes du monde libéral-----	67
i)	Une formation imparfaite -----	68
j)	Des médecins au regard critique -----	71
k)	Résumé des difficultés soulevées par les MG -----	73
2.3.	Propositions d'amélioration -----	75
a)	Une formation mieux adaptée -----	75
b)	Des outils plus performants-----	76
c)	Une meilleure information des parents -----	76
d)	Remodelage des consultations et de leurs cotations-----	77
3.	Rappel des principaux résultats -----	77
DISCUSSION -----		79
1.	Discussion de la méthode-----	79
1.1.	Choix de la méthode-----	79
a)	Etude qualitative -----	79
b)	Entretiens individuels semi-dirigés-----	79
c)	Population et recrutement des médecins-----	79
d)	Modifications de la trame d'entretien -----	80
e)	Réalisation des entretiens-----	80
1.2.	Forces de l'étude -----	80
a)	Originalité du sujet-----	80
b)	Triangulation du codage -----	81
c)	Saturation des données-----	81
1.3.	Faiblesses-----	81
a)	Inhérentes à la méthode -----	81
b)	Inhérentes à l'enquêtrice-----	82

c)	Inhérentes aux participants	83
2.	Discussion des principaux résultats	83
2.1.	Des difficultés souvent connues mais non corrigées	83
2.2.	Discussion autour de certaines difficultés	84
a)	Rôle primordial des parents parfois mis en défaut	85
b)	Des outils peu utilisés en pratique	87
c)	Un examen neurosensoriel compliqué	90
d)	Accès aux spécialistes	91
e)	Des formations à améliorer	92
f)	Suivi du DPM et rôles du MG	95
3.	Perspectives	97
3.1.	Propositions d'amélioration	97
a)	A l'échelle du praticien	97
b)	A l'échelle des facultés	98
c)	A l'échelle nationale	98
3.2.	Mise en perspective	99
	CONCLUSION	101
	BIBLIOGRAPHIE	102
	ANNEXES	112
1.	ANNEXE 1 : Tableau présentant les principaux éléments du DPM à rechercher selon l'expertise de l'Inserm [3].	112
2.	ANNEXE 2 : Echelle de Denver	113
3.	ANNEXE 3 : Echelle de Brunet-Lézine révisée	114
4.	ANNEXE 4 : Questionnaires parentaux proposés par l'HAS [4].	118
5.	ANNEXE 5 : Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3) du 24 ^{ème} mois [35].	120
6.	ANNEXE 6 : Modified Checklist Autism for Toddlers (M-CHAT) [36].	126
7.	ANNEXE 7 : Contenu de la mallette Sensory Baby Test [38].	128
8.	ANNEXE 8 : Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale – médecine de famille selon la WONCA [42].	129
9.	ANNEXE 9 : Récépissé déclaration CNIL	130
10.	ANNEXE 10 : Trame des entretiens	131
11.	ANNEXE 11 : Extraits des Verbatims	133
11.1.	Entretien n°3	133
11.2.	Entretien n° 7	140
11.3.	Entretien n°11 :	147
	SERMENT MEDICAL	155

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

Tableau 1 : Profil des médecins interrogés-----	37
Tableau 2 : Résumé des actions facilitatrices mises en place par les MG-----	59
Tableau 3 : Résumé des difficultés soulevées par les MG -----	73

FIGURES

Figure 1 : Rappel des principales difficultés et adaptations mises en place par les MG-----	78
---	----

LISTE DES ABBREVIATIONS

ASQ-3 : Ages and Stages Questionnaires

CAMSP : Centre d'action médico-social précoce

CHAT : Check-list for Autism in Toddlers

CIM : Classification internationale des maladies

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DPC : Développement professionnel continu

DPM : Développement psychomoteur

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

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DU : Diplôme universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interne de médecine générale

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche Médicale

MG : Médecin généraliste

MSU : Maître de stage universitaire

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

WONCA : World Organization of Family Doctors

PREAMBULE

Au cours de mon dernier stage d'interne que j'ai effectué en Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Pau, j'ai remarqué qu'un certain nombre d'enfants scolarisés présentait une anomalie du développement psychomoteur (DPM) (langage, motricité fine et globale, contact social) non détectée avant le bilan en maternelle. J'ai alors commencé à m'interroger sur les raisons de ce retard diagnostique.

En France, plus de 3% des nourrissons présenteraient une ou plusieurs anomalies de l'examen psychomoteur, dissimulant un potentiel handicap à venir. Ainsi, le suivi de l'enfant et de son DPM préoccupe les autorités de chaque pays depuis des années. De nombreux outils et recommandations ont vu le jour, chacun apportant sa pierre à l'édifice. Malheureusement, il persiste aujourd'hui des failles dans ce système : chaque année, plusieurs enfants échappent à un repérage de troubles et ne sont pris en charge que tardivement.

Avec ses rôles de prévention et de coordination des soins, le médecin généraliste (MG) occupe une place importante pour le suivi de l'enfant. Plusieurs études se sont intéressées aux modalités de dépistage d'anomalies du développement ou aux différentes orientations et prises en charge proposées. Mais personne n'a interrogé les MG sur leur organisation pratique et les difficultés rencontrées pour surveiller le bon développement des enfants avant leur entrée à l'école.

A travers une enquête qualitative auprès des MG, ce travail s'attache à comprendre les pratiques des MG, les conditions facilitantes comme les difficultés rencontrées au quotidien pour l'évaluation du DPM des enfants de moins de 3 ans.

INTRODUCTION

Nous allons replacer dans son contexte le suivi et l'évaluation du DPM. La définition du retard de DPM sera reprise, ainsi que les différentes recommandations pour le dépistage de ces anomalies, en France comme à l'étranger. Nous verrons ensuite quelle place le MG peut avoir dans le suivi de l'enfant et plus particulièrement son DPM. Enfin, nous évoquerons les travaux déjà effectués dans le domaine, justifiant le choix de notre question de recherche.

1. Développement psychomoteur et retard

1.1. *Définition du développement psychomoteur*

Le DPM correspond au reflet de la maturation du système nerveux. C'est un processus par lequel chaque enfant passe afin d'acquérir son autonomie pour l'âge adulte. Les facteurs génétiques déterminent le potentiel de développement de l'enfant mais son expression est grandement influencée par les interactions avec l'environnement dans lequel il grandit (déroulement de la grossesse, accouchement, alimentation, affection, stimulation) [1].

Ainsi le DPM concerne aussi bien les acquisitions motrices et cognitives que les capacités d'interaction sociale de l'enfant [2].

Ce développement, propre à chacun, est marqué par des étapes incontournables.

1.2. *Repères du développement psychomoteur*

Le DPM s'observe selon 4 dimensions :

- le développement postural (ou motricité globale),
- la coordination oculo-manuelle (ou motricité fine),
- le développement du langage et
- la sociabilité (ou interactions sociales).

Dans son expertise collective sur les déficiences et handicaps d'origine périnatale, l'*Institut national de la santé et de la recherche médicale* (Inserm) propose un tableau présentant les principaux éléments à rechercher pour chacun de ces axes (ANNEXE 1) [3]. Il est d'ailleurs repris dans les recommandations de la *Haute Autorité de Santé* (HAS) sur les dépistages de retard de développement [4].

Ces 4 domaines se développent normalement en parallèle, selon une même séquence mais pas nécessairement au même rythme chez tous les enfants.

1.3. *Retard du développement psychomoteur*

Un retard de DPM se définit comme la non-acquisition de normes de développement aux âges programmés. Lorsque l'enfant grandit, selon les types d'acquisition touchés, on parle de retard harmonieux/global (affectant l'ensemble des axes d'acquisition) ou dysharmonieux/spécifique [5].

En tant que tel, le terme « retard psychomoteur » n'a pas d'équivalent dans la littérature internationale.

a) Classification internationale des maladies

Dans sa 10^{ème} version révisée de la Classification internationale des maladies (CIM-10), actuellement toujours utilisée à travers le monde, l'*Organisation mondiale de la Santé* (OMS) classe les troubles du DPM dans son chapitre V sur les « troubles mentaux et du comportement ». On retiendra surtout les blocs F70-F79 sur le « **retard mental** » et F80-F89 sur les « **troubles du développement psychologiques** » [6].

Le « retard mental » est défini comme un « arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental ». Il est « caractérisé essentiellement par une altération durant la période de développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, donc des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales ».

Les « troubles du développement psychologique » regroupent les différentes pathologies spécifiques à l'altération d'un ou plusieurs domaines du DPM. On y retrouve ainsi les « **troubles du langage** » (F80), les « **troubles d'acquisitions scolaires** » (F81), les « **troubles moteurs** » (F82) ou les « **troubles envahissants du développement** » (F84).

La catégorie F83, « **troubles spécifiques mixtes du développement** », regroupe quant à elle, les différents troubles touchant plusieurs domaines sans qu'aucun d'eux ne prédomine pour en être le diagnostic principal.

La CIM-11, publiée par l'OMS en juin 2018, a été présentée en mai 2019 à l'Assemblée mondiale de la Santé mais n'entrera en vigueur en France qu'au 1^{er} janvier 2022 [7].

b) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) [8]

Dans sa 5^{ème} édition du DSM, l'*Association américaine de psychiatrie* a regroupé les différentes affections pouvant toucher le DPM sous le chapitre « **Troubles neurodéveloppementaux** ». Elle précise que la gamme des déficits développementaux est variable, pouvant se restreindre à des limitations très spécifiques pour les apprentissages ou le contrôle des fonctions exécutives,

tout comme atteindre de façon plus globale l'intelligence ou les compétences sociales. De même, les troubles se retrouvent souvent associés entre eux.

Le terme « **handicap intellectuel** » est utilisé pour désigner un déficit général des capacités mentales. Il vient remplacer celui de « retard mental » jusqu'alors employé aussi bien dans la littérature que dans la pratique médicale.

Pour retenir ce diagnostic, 3 critères doivent être présents :

- un déficit dans les fonctions intellectuelles, confirmé par des tests d'intelligence individuels standardisés ;
- des limitations significatives du comportement adaptatif ;
- l'apparition de ces troubles au cours de la période développementale.

La catégorie « **retard global de développement** » a été ajoutée pour les enfants de moins de 5 ans qui ne peuvent encore pratiquer totalement les évaluations de quotient intellectuel.

On retrouve également dans ce grand chapitre les définitions spécifiques à chaque retard dans un ou plusieurs axes du DPM : « **troubles de la communication** », « **trouble du spectre de l'autisme** », « **déficit de l'attention/hyperactivité** », « **trouble spécifique des apprentissages** », « **troubles moteurs** ».

c) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée (CFTMEA-R) [9]

La CFTMEA-R est un système de classification psychopathologique d'inspiration psychanalytique, complémentaire du DSM américain et du CIM-10 international.

Dans sa 5^{ème} version datant de 2012, un retard du DPM peut être catégorisé soit en « **déficience mentale** » soit en « **troubles du développement et des fonctions instrumentales** », distinguant troubles du langage, troubles cognitifs et des acquisitions scolaires et troubles psychomoteurs.

Dans cette classification, les troubles du spectre de l'autisme se trouvent dans la partie des « psychoses précoces », catégorisation faisant polémique aujourd'hui encore.

d) Haute Autorité de Santé [4]

Dans son argumentaire des « *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans* » remis en septembre 2005, la HAS retient la définition de « retard mental » de la CIM-10 pour caractériser un retard de développement.

Cette définition ne permet cependant pas de désigner l'ensemble des anomalies ou déficits du DPM.

e) Autres

Dans son rapport sur les « *Déficiences intellectuelles* », l'Inserm reprend les définitions internationales de l'OMS (CIM-10), de l'American Psychiatric Association (DSM-5) mais aussi celle de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) [10]. L'AAIDD définit la déficience intellectuelle comme une « incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant 18 ans. ».

Le retard de DPM peut donc être la manifestation précoce de différents troubles cognitifs ou psychopathologiques, pouvant être associés entre eux ou non. Il regroupe ainsi un large nombre de pathologies correspondant à des étiologies très variables.

1.4. *Épidémiologie*

a) Registres des handicaps français

En France, les prévalences des déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles sont enregistrées par deux registres de handicap de l'enfant : le **Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal** (RHEOP) en Isère, Savoie et Haute-Savoie et le **Registre des Handicaps de l'enfant de Haute-Garonne** (RHE31).

Ainsi, en 2017, le RHEOP retrouvait une prévalence des déficiences neurodéveloppementales sévères chez les enfants de 7 ans avoisinant les 10 cas pour 1000 enfants, soit 1% de la population [11]. Le dernier rapport disponible pour le RHE31 retrouvait quant à lui une prévalence globale de 7,9 pour 1000 enfants de 8 ans nés entre 1986 et 2004 et résidant en Haute-Garonne [12].

Cependant, le retard psychomoteur regroupant de nombreuses pathologies, il semble intéressant de s'intéresser à la prévalence de chacune d'entre elles afin de se faire une meilleure idée de la proportion sur notre société.

b) Prévalence selon les pathologies

Dans son rapport de 2016, l'Inserm retient un taux de prévalence entre 1 et 2% pour les déficiences intellectuelles légères, en France comme dans les autres pays développés. Pour les déficiences intellectuelles sévères, la prévalence est de 3 à 4%, taux stable dans le temps en France ainsi qu'à l'étranger [10]. En regardant les déclarations en affection longue durée auprès

du régime général de la Sécurité Sociale, on retrouve une prévalence moindre concernant le « retard mental » (F79) avec 179 déclarations pour 100 000 habitants en 2017 [13]. En Isère et Savoie, le RHEOP retrouve une prévalence pour les déficiences intellectuelles sévères de 2,6‰ chez les enfants âgés de 7 ans sur la période 2013-2017 [11].

Concernant les troubles envahissants du développement, la prévalence estimée en 2009 est de 6 à 7‰ chez les moins de 20 ans en France [14]. Le constat est similaire pour le RHEOP avec une prévalence de 5,2‰ en 2017 [11]. Toujours selon les déclarations en ALD de 2017 auprès du régime général, la prévalence des « troubles envahissants du développement » (F84) est de 120 pour 100 000 habitants [13]. En comparaison, aux États-Unis, le DSM-5 recense près de 1% de la population comme étant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme [8].

Concernant les déficiences motrices sévères, le RHEOP retrouvait en 2017 une prévalence de 3,1‰ chez les enfants dans leur 8^{ème} année [11]. Aux États-Unis, les troubles développementaux de la coordination sont présents chez 5 à 6% des enfants de 5 à 11 ans selon le DSM-5 [8].

Toujours d'après le DSM-5, 5 à 15% des enfants d'âge scolaire présentent un trouble spécifique des apprentissages, parmi les différents domaines de la lecture, de l'écriture ou des mathématiques [8]. De son côté, l'Inserm estime que ces différents troubles concernent 5 à 7% des enfants d'âge scolaire, parmi les 15 à 20% des enfants confrontés à des difficultés d'apprentissage et scolaires [15].

Concernant les déficits neurosensoriels, selon le rapport d'activité du RHEOP de 2018, les prévalences des déficiences auditive et visuelle sévères étaient respectivement de 0,6‰ et 0,4‰ chez les enfants de 7 ans en Isère et Savoie [11].

1.5. Intérêt d'un dépistage précoce d'un retard de DPM

Il semble important de repérer de façon précoce un retard psychomoteur de l'enfant afin :

- d'assurer une prise en charge adaptée le plus tôt possible ;
- d'accompagner la famille dans ses inquiétudes ;
- de proposer une démarche diagnostique qui peut avoir une incidence sur le conseil génétique.

Comme il a été rappelé lors de la Conférence nationale de Santé de 2012 sur le « *dépistage, diagnostic et accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant* », « un dépistage précoce répond à la fois à des impératifs d'ordre médical (connaître et améliorer l'état de santé du patient)

mais aussi socio-économique (en termes de couts évités sur le long terme pour la collectivité) » [16].

a) Intérêt médical

Depuis de nombreuses années, les travaux sur la plasticité cérébrale et le rôle des interactions avec l'environnement pour la modifier encouragent à pratiquer des interventions précoces auprès des enfants en difficulté. Celles-ci sont préconisées avant l'âge de 4 ans, afin d'améliorer au mieux les capacités naturelles de l'enfant [3]. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de poser un diagnostic précis avant de débiter la prise en charge de l'enfant, permettant ainsi de « gagner du temps » face aux fréquentes difficultés rencontrées pour identifier certaines maladies.

Selon l'Inserm, une intervention précoce correspond à l'« ensemble des actions pluridisciplinaires destinées à des enfants de 0 à 6 ans présentant des signes ou des risques de déficiences diverses, ainsi qu'à leurs parents » [10]. En France, les Centres d'action médico-social précoce (CAMSP) jouent un rôle pivot. Ils se situent à l'interface des secteurs sanitaire et médico-social. Ils assurent la coordination entre les différents intervenants (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes mais aussi neuropédiatres, ORL ou autres médecins spécialisés). Leur action s'oriente également vers l'intégration de l'enfant dans des structures éducatives ordinaires.

De nombreux programmes d'intervention précoce ont ainsi vu le jour au fil des années. Développés initialement aux Etats-Unis, ils s'adressaient à 3 types de population : enfants vulnérables, enfants atteints d'une pathologie connue, enfants à risque (dont ceux nés prématurément) [3]. L'efficacité de ce type de programme a été évaluée à de nombreuses reprises. Dans son rapport de 2004 sur « *Déficiences et handicaps d'origine périnatale* », l'Inserm souligne leurs effets positifs sur la relation parents-enfants et sur le développement cognitif de l'enfant [3]. Plus récemment, dans une méta-analyse Cochrane de 2015 [17], Spittle et ses collègues confirment l'influence positive des programmes d'intervention précoce sur les performances motrices et cognitives des enfants nés prématurément. Cependant, la persistance de ces bénéfices n'est prouvée que jusqu'aux âges de 3 ans sur le plan moteur et de 6 ans sur le plan cognitif. Au-delà, la trop grande différence dans les programmes étudiés ne permet pas de conclure aux bénéfices prolongés de telles interventions.

b) Intérêt socio-économique

Concernant l'impact économique dans le domaine de la prévention des handicaps d'origine périnatale, peu de démonstrations sont engagées en France, malgré l'existence de modèles

similaires pour d'autres domaines. L'Inserm, dans son rapport de 2004 sur le handicap [3], rapporte principalement des études de prise en charge du prématuré ou de coût du dépistage, plus ou moins élaborées. Démontrer l'efficacité des stratégies de prévention pratiquées ou envisagées s'avèrerait pourtant plus utile.

Pour promouvoir les interventions précoces auprès des enfants vulnérables et leurs familles, l'Australie s'appuie sur les bénéfices à long terme : meilleure inclusion sociale, augmentation de productivité, diminution des dépenses en santé et aide sociale ou prévention des actions criminelles. Ainsi, retenant une étude américaine, pour chaque dollar investi dans des services pour des enfants en âge préscolaire, le bénéfice pour la société est de 2 à 2,6 dollars. [18]

Au Canada, il existe une mesure des indices sensibles du développement de la petite enfance à la maternelle (5 ans). Le taux de vulnérabilité des enfants en maternelle est ainsi estimé à 27%, sachant que les taux supérieurs à 10% sont considérés comme « excessifs ». Il a alors été calculé que, pour chaque tranche de 1% de vulnérabilité supplémentaire, le produit intérieur brut du pays diminuerait de 1% tout au long de la vie active de ces enfants vulnérables. [19]

Il semble donc intéressant d'intervenir précocement auprès des enfants souffrant d'un retard de DPM, responsable d'un potentiel handicap dans leur vie future. D'après la littérature, les retards de DPM chez les jeunes enfants sont actuellement souvent repérés tardivement, impactant le bénéfice d'une prise en charge adéquate dans de meilleurs délais [20,21]. Nous allons maintenant essayer de comprendre comment s'organise le suivi du DPM en France comme à l'étranger.

2. Evaluation du DPM

L'évaluation du DPM préoccupe les autorités depuis de nombreuses années. De multiples tests et recommandations ont tenté de simplifier la pratique d'une telle évaluation, rendue complexe par la multiplicité des variables et leur aspect évolutif.

2.1. Recommandations françaises

a) Suivi des enfants

Le « carnet de santé » a été le premier outil proposé pour le suivi de l'état de santé de l'enfant, concernant aussi bien la croissance staturo-pondérale que le développement moteur. Bien que sa première utilisation en France remonte à 1868, ce n'est qu'en 1945 que la remise d'un carnet

de santé est rendue obligatoire à la naissance d'un enfant. Une page était alors consacrée au DPM de l'enfant. [22]

Depuis les années 70, 20 examens médicaux sont rendus obligatoires pour les enfants de leur naissance à leurs 6 ans : 9 durant la 1^{ère} année, 3 entre 1 et 2 ans, puis 2 par an jusqu'à leur 6 ans [23]. Parmi ceux-ci, la loi du 15 juillet 1970 instaure la délivrance de 3 certificats obligatoires de santé : aux 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois [24]. Jusqu'en 2007, ces certificats conditionnaient le bénéfice de la prestation d'accueil pour le jeune enfant ainsi que le versement de l'allocation de base [25].

Ces 20 examens sont également recommandés par la HAS dans ses « *propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaire* » [4].

En 2019, un remodelage du calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant étale ces 20 consultations jusqu'à l'âge de 18 ans. Ainsi 14 ont lieu au cours des 3 premières années de l'enfant, 3 entre la 4^{ème} et la 6^{ème} année et enfin 3 entre la 7^{ème} et la 18^{ème} année de l'enfant [26].

b) Contenu des examens de dépistage

Selon le code de santé publique, les examens suscités doivent porter sur plusieurs éléments [26] :

- La surveillance de la croissance staturo-pondérale,
- La surveillance du développement physique, psychoaffectif et neurodéveloppemental,
- Le dépistage des troubles sensoriels,
- La pratique ou la vérification des vaccinations et
- La promotion des comportements et environnements favorables à la santé.

En ce qui concerne l'évaluation du DPM, la HAS souligne également l'importance des troubles développementaux et préconise un suivi régulier pour les dépister de manière individuelle [4]. Ainsi, des données biométriques, telles que le périmètre crânien de l'enfant, doivent être relevées à chaque examen, de même que les étapes du développement de l'enfant. Cependant, **aucun test de dépistage** du retard du DPM actuellement disponible n'a été identifié par le groupe de travail comme étant **généralisable en médecine de ville**. Certains tests sont malgré tout proposés pour une **utilisation ciblée** en attendant l'élaboration de tests plus simples.

Concernant les « troubles envahissants du développement », la HAS préconise la réalisation du CHAT (Check-list for Autism in Toddlers) lors des consultations du 18^{ème} ou 24^{ème} mois. À défaut de formation suffisante du praticien, 4 questions à poser aux parents sont retenues [4] :

- Votre enfant a-t-il déjà utilisé son index pour pointer ?

- Votre enfant joue-t-il à faire semblant ?
- Votre enfant imite-t-il ?
- Votre enfant répond-il au sourire ?

Le langage peut, quant à lui, difficilement être évalué séparément avant l'âge de 3 ans.

La France se positionne donc depuis de nombreuses années pour un dépistage régulier des anomalies du DPM de l'enfant, sans pour autant préconiser l'utilisation systématique d'un outil de dépistage adapté pour tout médecin. Cette position n'est pourtant pas la même ailleurs, notamment dans les pays anglosaxons.

2.2. *Autres recommandations*

a) Américaines

Dans ses recommandations de 2006, l'*American Academy of Pediatrics* préconise une surveillance du DPM lors de chacune des 14 visites préventives de l'enfant avant 5 ans [27]. Cette surveillance doit reposer sur les préoccupations des parents, l'histoire du DPM de l'enfant, l'observation précise de l'enfant durant la consultation, l'identification de facteurs de risque et la retranscription de l'ensemble dans le dossier de l'enfant.

Un algorithme décisionnel est présenté afin d'aider le praticien dans sa pratique [28]. **L'utilisation de tests standardisés** y est recommandée de façon **systématique pour les visites du 9^{ème}, 18^{ème} et 30^{ème} mois**. Ces mêmes tests doivent également être utilisés à chaque fois qu'une personne émet une inquiétude sur le bon développement de l'enfant (parents, professionnels de la petite enfance, médecin...).

En revanche, le **choix du test** à utiliser est laissé **libre** pour le praticien, selon la population rencontrée, le temps nécessaire à l'apprentissage, l'administration et au codage du test, le coût de l'outil et sa possible rémunération adaptée.

b) Canadiennes

Au Canada, il ne semble pas exister de calendrier fixe pour le suivi du nourrisson ou de l'enfant. Chaque état propose son propre rythme, dépendant lui-même de l'enfant, sa famille et l'accès aux soins disponibles sur son lieu de vie. Généralement, le suivi de l'enfant se fixe sur le calendrier des vaccinations.

Pour la *Société canadienne de pédiatrie*, la visite des 18 mois de l'enfant serait le moment idéal pour évaluer son développement, d'autant plus que c'est le dernier rendez-vous régulier pour la vaccination avant l'entrée à l'école [19].

Concernant le DPM, il y est recommandé d'adopter une **approche systématique** en s'appuyant sur un guide de supervision de la santé (avec le *Relevé postnatal Rourke*), mais aussi en utilisant un **outil de dépistage** des troubles du développement (plusieurs *questionnaires parentaux* sont proposés, comme l'ASQ). [19] Ce dispositif de suivi, déjà en application en Ontario depuis 2009, tend à se généraliser dans d'autres provinces mais n'est pas encore optimal [29].

En dehors de la visite des 18 mois, le suivi du DPM s'appuie sur les dires et les observations des parents concernant l'acquisition d'étapes importantes. Les étapes attendues pour chaque âge sont regroupées dans le **Relevé postnatal Rourke**, sorte de feuille de route pour le praticien et les parents de l'enfant pour le suivi de sa santé [30]. Le choix des items retenus s'appuie sur une revue de littérature mise à jour en 2017 [29].

Les outils d'évaluation ne sont alors préconisés qu'en cas d'absence d'acquisition pour une étape clé (comme le *Modified-CHAT* pour le dépistage des troubles du spectre autistique).

c) Anglaises

Au Royaume-Uni, le programme de santé de l'enfant (*Healthy Child Programme*) prévoit 5 visites clés au cours des 3 premières années de vie de l'enfant [31]. Ces visites sont réalisées par du personnel formé, pas forcément par un médecin.

Bien qu'abordé normalement à chaque visite, le DPM est réellement évalué à 2 reprises, pour la visite entre 9 et 12 mois puis celle entre 24 et 30 mois. Pour cela, les parents sont sollicités et doivent remplir un questionnaire, l'*Ages and Stages Questionnaires* (ASQ-3) [32]. Les réponses à ce questionnaire servent de base pour l'évaluation par le personnel responsable de la visite.

d) Australiennes [33]

En Australie, l'état du Victoria propose 10 consultations de suivi du développement de l'enfant durant ses 4 premières années de vie.

Lors de chacune de ces visites, le DPM y est évalué par le praticien, en tenant compte des préoccupations des parents de l'enfant. Présent dans le « carnet de santé » de l'enfant, le *Parents' Evaluation of Development Status* (PEDS) est le principal outil proposé afin d'évaluer au plus près les progrès de l'enfant. Lorsqu'une évaluation plus poussée est requise, l'utilisation des *Brigance Screens* est alors recommandée.

Les pays anglosaxons utilisent donc, de manière plus ou moins régulière, des outils d'évaluation du DPM au cours du suivi de l'enfant de moins de 5 ans. La plupart préconise l'utilisation d'un
--

questionnaire parental, tel que l'ASQ-3 ou le PEDS, parfois intégré directement dans le carnet de suivi de l'enfant. Certains ont développé leur propre outil de surveillance, comme au Canada et le relevé post-natal Rourke. Ces pratiques diffèrent donc de celles préconisées en France actuellement et impliquent plus les parents dans le suivi de leur enfant.

2.3. *Outils de dépistage*

Comme évoqué précédemment, il existe de nombreux outils de dépistage et d'évaluation du DPM. Certains sont recommandés en France, d'autres à l'étranger. Mais aucun n'est universellement accepté, toutes populations et tous âges confondus.

Tous ont pour objectif de simplifier la tâche du médecin qui doit s'assurer que les stades successifs du développement de l'enfant sont atteints.

Beaucoup reposent sur la notion d'« *âge limite* » pour le développement. Cette notion permet d'établir une limite supérieure au-delà de laquelle une acquisition doit être faite chez n'importe quel enfant « normal ». Elle marque le retard de développement qui doit alerter le médecin examinateur.

Nombre d'entre eux vont s'intéresser au développement général de l'enfant, tandis que d'autres sont centrés sur un domaine spécifique des acquisitions comme la motricité ou le langage.

Pour notre travail, nous avons choisi de présenter succinctement les plus utilisés en France.

a) Echelles développementales

Dans ses recommandations de 2005 [4], l'HAS retient 2 principaux tests de développement : le Denver et l'échelle de Brunet-Lézine révisée.

- *Denver (ANNEXE 2)*

Développé en 1967 aux Etats-Unis par William Frankenburg, le test de Denver est l'un des plus anciens outils de dépistage des troubles du développement. En France, sa traduction dans sa version révisée a été proposée par Tardieu en 1992. Il n'existe pas de mise à jour plus récente. Ce test peut être pratiqué chez les **enfants âgés de 2 semaines à 6 ans**.

Il explore les principales acquisitions de l'enfant à travers les 4 domaines du développement : langage, contact social, motricité globale, motricité fine.

Sous forme de **tableau en fonction de l'âge**, la « variabilité individuelle normale pour chaque épreuve est représentée par un rectangle. Le rectangle débute à l'âge où 25 % de la population passe l'épreuve, un tiret est placé à l'âge où ce pourcentage est de 50 %, une zone grisée débute pour un pourcentage de 75 % et se termine à 90 % de réussite dans la population » [4].

Lors de la consultation, le médecin va rechercher les acquisitions attendues en fonction de l'âge de l'enfant. Pour cela, il tire un trait au niveau de l'âge chronologique de l'enfant et va proposer les épreuves situées immédiatement à gauche de ce trait. Il proposera dans un second temps des épreuves plus difficiles, situées à droite du trait.

Une fois l'évaluation terminée, le médecin détermine si l'enfant a des acquisitions en rapport avec son âge ou si elles sont décalées.

Selon une étude américaine, le temps de réalisation est **de 10 à 20 minutes** [28].

Plutôt simple dans sa réalisation, ce test a montré aux Etats-Unis une **faible sensibilité et spécificité** [1], justifiant l'absence de recommandation pour sa pratique systématique par la HAS [4].

Le test de Denver reste néanmoins un outil intéressant pour la pratique quotidienne, associé au reste de l'examen clinique. En effet, sa présentation permet à l'utilisateur d'objectiver de façon dynamique le DPM de l'enfant et de répéter dans le temps un examen normé, rapide à faire. Il est ainsi utilisé de manière courante en PMI ou encore par les pédiatres dans le cadre du suivi.

- [Brunet-Lézine \(ANNEXE 3\)](#)

Reprenant les travaux de Gesell, Irène Lézine et Odette Brunet publient en 1951 le premier « baby test » adapté aux enfants français. Avec sa version révisée de 2001, l'échelle de Brunet-Lézine révisée est aujourd'hui l'un des outils les plus utilisés en France pour l'évaluation psychomotrice des nourrissons, notamment en recherche francophone. [10,34]

Cette échelle s'applique aux **enfants âgés de 2 à 30 mois**.

C'est un instrument de mesure du DPM avec une répartition des épreuves selon les 4 domaines vus précédemment :

- P = postural ou moteur (mouvements de l'enfant dans les différentes positions) ;
- C = coordination oculomotrice (préhension, comportement de l'enfant avec les objets) ;
- L = langage (compréhension et expression) ;
- S = relations sociales (prise de conscience de soi, relations avec autrui, réactions mimiques et adaptation aux situations sociales).

Pour chaque niveau d'âge, 10 items appartenant aux 4 catégories sont développés. L'examineur commence toujours par proposer la série d'items correspondant à l'âge chronologique de l'enfant, en tenant compte de l'âge corrigé pour un nourrisson prématuré. Si l'enfant ne réussit pas l'ensemble des items de sa tranche d'âge, il faut procéder à la passation des items de la tranche d'âge inférieure. Si l'enfant réussit chaque item de son âge, les items de

la tranche d'âge supérieur lui sont proposés, jusqu'à ce qu'il échoue à l'ensemble des items d'une série. [34]

Le calcul des scores permet d'obtenir des « *âges de développement* » partiels (dans chaque domaine exploré) ou global (score total par rapport aux autres enfants du même âge). Ils sont ensuite utilisés pour calculer de « *quotient de développement* » de l'enfant. [4,34]

Il est préconisé d'avoir le **matériel adapté**, à utiliser toujours de la même manière, pour apprécier au mieux les compétences de l'enfant.

Le temps de passation des différents tests est estimé **entre 40 et 60 minutes**. Cependant, pour les nourrissons de moins de 15 mois, il est recommandé de ne pas dépasser 25 à 35 minutes, afin de s'assurer la meilleure disponibilité possible de l'enfant. [4,34]

Etalonnée sur 1050 enfants entre 1994 et 1996, l'échelle de Brunet-Lézine est le seul outil validé sur la population française. Ainsi, la HAS retient ce **test comme référence pour le praticien**, notamment pour les repères chronologiques simples à connaître [4]. Cependant, la version complète de ce test est destinée à être utilisée par un psychologue ou un psychomotricien [10].

b) Questionnaires parentaux

Comme le rapporte l'Inserm dans son texte sur les déficiences intellectuelles [10], les parents et l'entourage proche de l'enfant sont souvent les premiers à repérer un problème de développement de leur enfant.

Devant cette constatation, de nombreux questionnaires parentaux ont été développés. Dans ses recommandations de 2005 [4], la HAS propose elle-même 2 exemples de questionnaires à évaluer pour les enfants de 2 et 4 ans (ANNEXE 4).

- ASQ-3 (ANNEXE 5)

Publiée initialement en 1995 par Brookes Publishing, la dernière version du test *Ages and Stages Questionnaires* (ASQ-3) date de 2009. Développé par une équipe américaine, ce test est disponible en traduction française. [10]

Ce test s'intéresse aux enfants **de la naissance à 5 ans**.

Il aborde 5 domaines du développement : la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes et le contact social. Pour chaque âge, plusieurs items sont proposés dans chaque domaine.

Présenté sous forme de **questionnaire pour un âge donné**, le test est adressé aux parents afin d'évaluer les acquisitions de leur enfant. A chaque question, les parents doivent choisir entre 3 réponses : oui, parfois, pas encore. Le praticien cote ensuite chaque réponse : 10 points pour

« oui », 5 points pour « parfois » et 0 point pour « pas encore ». Les scores sont additionnés pour chaque domaine, puis reportés dans un tableau de synthèse pour les comparer à des moyennes.

Lorsque le score est situé en « zone blanche », le développement de l'enfant semble adapté à son âge. Lorsqu'il est situé en « zone grise », une surveillance est recommandée. En « zone noire », des investigations sont nécessaires. [35]

Ne demandant pas l'intervention du praticien pour sa réalisation, ce test est relativement rapide, **de 5 minutes** selon la HAS à **10-15 minutes** pour l'American Academy of Pediatrics [4,28].

Avec une **sensibilité comprise entre 70 et 90%** et une **spécificité entre 76 et 91%** [4], ce test de développement semble intéressant en pratique grâce à sa rapidité d'exécution [35].

- [*Modified Checklist Autism for Toddlers \(M-CHAT\) \(ANNEXE 6\)*](#)

Développé par une équipe américaine en 2001, le M-CHAT est une extension du CHAT, créé et validé en Grande Bretagne en 1992. Il s'agit d'un questionnaire parental pour identifier les signes précoces des troubles du spectre de l'autisme. [36]

Ce questionnaire doit être rempli par les parents d'**enfants âgés de 16 à 30 mois** [37].

Il regroupe **23 questions fermées**, auxquelles les parents répondent par OUI ou NON.

Le médecin va ensuite comparer les réponses à la grille pour évaluer le nombre d'échecs aux questions. Certaines réponses sont jugées comme « critiques » (ex. répondre NON à la question « Est-ce que votre enfant montre de l'intérêt pour les autres enfants ? »).

Le test est significatif en cas d'échec à 2 items critiques ou à 3 items indifféremment.

Selon les recommandations américaines, il faut **5 à 10 minutes** pour remplir et interpréter ce questionnaire [28].

Dans ses recommandations sur les troubles du spectre de l'autisme [37], la HAS préconise l'utilisation de ce test pour le repérage des enfants à risque ou présentant des signes d'alerte. Il n'est pas recommandé en dépistage systématique.

c) [Malette à outils](#)

Afin de mettre en pratique les recommandations, certains médecins français se sont intéressés plus particulièrement au matériel essentiel pour l'évaluation du DPM de l'enfant.

À la suite d'une recherche opérationnelle menée en 2004-2005 par une équipe bretonne, une mallette contenant divers outils de dépistage, dont le « *Sensory Baby Test* », a été validée. Elle est commercialisée depuis 2005 [38].

Cette mallette a été créée principalement pour les **examens des 9^{ème}, 24^{ème} et 36^{ème} mois** de l'enfant. Elle permet d'aborder différents aspects du développement de l'enfant, tels que le sommeil, l'alimentation, les conditions de vie, mais aussi d'évaluer la vision, l'audition ou les différents domaines psychomoteurs.

Pour le bon déroulement de l'examen et son exhaustivité, l'examineur doit s'efforcer de garder toujours une même trame :

- débiter par l'interrogatoire des parents
- pratiquer les tests sensoriels, l'évaluation du langage, de la motricité fine et globale, en gardant l'enfant habillé, sécurisé sur les genoux d'un de ses parents
- terminer par un examen clinique classique.

Les différents outils utiles pour chaque examen sont présentés en annexe (ANNEXE 7).

La durée de réalisation de l'examen varie **de 30 minutes** pour un enfant habituellement suivi, **à 40 minutes** en cas de première consultation.

Développée en partenariat avec l'*Association Française de Pédiatrie Ambulatoire*, cette mallette sert aujourd'hui de support pour la formation de nombreux pédiatres mais également de MG par le *Collège des Hautes Ecoles en Médecine* [39].

A noter, l'existence d'une cotation spécifique pour l'utilisation de cette mallette dans le dépistage des anomalies visuelles et auditives (code CCAM : CDRP002, honoraire de 48,51€) [40].

Chaque outil présente donc des avantages et des inconvénients. À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus sur leur utilisation systématique et codifiée pour l'évaluation du DPM.

3. Place du MG dans le suivi du DPM de l'enfant

3.1. Rôles du médecin généraliste

Depuis 2004, la médecine générale est reconnue en France comme une spécialité scientifique et universitaire à part entière. Comme toute spécialité, elle est validée par un diplôme d'études spécialisée [41]. Discipline clinique, elle est orientée vers les soins primaires.

Branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille, la *WONCA Europe* a défini en 2002 les 11 caractéristiques de la médecine générale ainsi que les rôles du MG (ANNEXE 8) [42].

Le MG est défini comme le premier contact avec le système de soins pour le patient. Cela lui permet d'agir à un stade précoce de la maladie tout en prenant compte des différences

individuelles, familiales et communautaires propres à chaque patient. A l'aide d'une communication appropriée, il assure la prise en charge des problèmes de santé aigus ou chroniques, le suivi des soins, la promotion et l'éducation pour la santé. Il est le coordinateur des soins et de l'accès aux autres spécialistes, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient. A partir des caractéristiques centrales de la discipline, la WONCA décrit les 6 compétences fondamentales que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser :

- la gestion des soins de santé primaires,
- les soins centrés sur la personne,
- l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes,
- l'approche globale,
- l'orientation communautaire,
- l'adoption d'un modèle holistique.

Sur le plan législatif, les missions du MG de premier recours sont précisées dans l'article 4130-1 de la loi dite « *Hôpital Patient Santé Territoire* » de 2009 [43]. Parmi celles-ci, nous retrouvons les rôles dans la prévention et le dépistage des maladies mais aussi l'orientation et la coordination des soins.

Depuis 2004, le *Code de la Sécurité Sociale* conforte les rôles des MG avec la possibilité pour le patient âgé de plus de 16 ans de déclarer un médecin référent dit « médecin traitant » [44]. Mais ce n'est que depuis 2016 et la loi Tourraine que les enfants de moins de 16 ans bénéficient de ce dispositif [45].

3.2. *Place du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique*

a) Démographie pédiatrique et médicale en France

Au 1^{er} janvier 2019, la France recense près de 67 millions d'habitants. Parmi eux, les moins de 20 ans représentent 24,1% de la population totale. Malgré un contexte de vieillissement de la population, la France restait en 2016 le pays de l'Union Européenne avec la fécondité la plus élevée. En 2018, 758000 enfants sont nés en France. Ainsi les enfants de moins de 4 ans représentent 3,85% de la population française au 1^{er} janvier 2018. [46,47]

Pour accompagner et soigner ces enfants, MG et pédiatres sont nombreux. En 2018, le Conseil National de l'Ordre des Médecins recensait plus de 87000 MG en activité régulière, soit une baisse de 7% depuis 2010 [48]. Tout comme le reste de la population, la profession médicale a tendance à vieillir et ne pas toujours être remplacée. Ainsi, le Conseil de l'Ordre estime le nombre de MG en activité régulière pour 2025 autour de 81800.

Beaucoup moins nombreux, les pédiatres étaient environ 8200 répartis en France en 2018, avec une tendance à l'augmentation ces dernières années [49].

La différence entre pédiatres et MG réside principalement dans leur mode d'exercice. Quand 56% des MG exercent en libéral et 7% ont une activité mixte, les pédiatres ne sont respectivement que 22% et 11% dans ces modalités d'exercice. Et cette tendance à la baisse des pédiatres libéraux devrait s'accroître d'ici 2025 [48,50].

Ainsi, malgré une légère augmentation du nombre de pédiatres comparée à la diminution des MG, l'impact sur la population à soigner est similaire. La densité médicale baisse et l'accès aux soins se fait de plus en plus complexe dans certaines régions, surtout dans les zones rurales.

b) Activité pédiatrique en médecine générale

Face à la diminution progressive du nombre de pédiatres libéraux, les MG semblent prendre une place de plus en plus importante pour le suivi de ces enfants.

Selon la *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés* (CNAMTS), en 2002, les nourrissons étaient majoritairement suivis de manière conjointe par ces spécialistes (55% du panel), quand seulement 5% et 40% étaient respectivement vus uniquement par un pédiatre ou un généraliste [51].

De même, dans une enquête de 2007 [52], la *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques* (DREES) retrouvait que 13% des consultations réalisées par les MG concernaient des enfants de moins de 16 ans. 88% de ces jeunes patients consultent un MG dans le cadre d'un suivi régulier. La prévention et le dépistage correspondaient alors à 1 visite sur 8.

Il est également intéressant de regarder le remplissage des certificats obligatoires. En 2012, la DREES retrouvait que 53,9% des certificats du 9^{ème} mois étaient effectués par un omnipraticien et 45,3% par un pédiatre. Pour l'examen du 24^{ème} mois, 57,5% des certificats étaient réalisés par un MG contre 41,5% par un pédiatre. [53,54]

Enfin, depuis l'instauration d'un choix de médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans, 4 millions de déclarations de médecin traitant étaient recensées au 31 décembre 2018 [55] sur une population totale de plus de 13 millions d'enfants en France [47]. Dans 86,6% des cas, un médecin généraliste était choisi [55]. Ces chiffres, bien que partiellement représentatifs, permettent d'objectiver de manière plus récente la répartition du suivi pédiatrique entre les différents intervenants ainsi que la place prépondérante du MG.

c) Rôles du MG dans le suivi pédiatrique et évaluation du DPM

Parmi les rôles du MG évoqués précédemment, le dépistage et la prévention des maladies correspondent tout à fait au suivi pédiatrique et plus particulièrement à l'évaluation du DPM. Dans les recommandations de la HAS, le MG est en effet cité parmi les différents intervenants responsables de l'organisation des dépistages de troubles du DPM [4].

Ce rôle de prévention est également repris par le *Haut Conseil de Santé publique* en 2009 [56], citant les différents examens de santé de l'enfant parmi les dispositifs universels déjà existants. Avec les examens de santé obligatoires prévus par le calendrier, le MG est parfois le seul professionnel de la petite enfance à rencontrer l'enfant avant son entrée à l'école et ainsi pouvoir détecter une potentielle anomalie de son DPM.

Ce rôle du MG est d'autant plus important aujourd'hui que, faute de moyens, la visite à l'entrée de l'école vers 3-4 ans n'est plus assurée de manière systématique. Le rapport de l'Inserm sur la santé de l'enfant soulignait la carence des dispositifs « débordés » de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour réaliser ces bilans [20]. Ainsi, en 2016, une enquête qualitative menée en Gironde s'est intéressée à la place du MG dans la réalisation de cet examen et ouvrait vers la possibilité d'intégrer cette visite dans les prérogatives des MG volontaires [57].

Concernant le suivi des nourrissons de moins de 6 mois à bas risque, une enquête a été réalisée en 2013 pour approcher le sentiment de compétence personnelle des professionnels [58]. Il ressortait que les MG se sentaient compétents dans la prise en charge de ces enfants, estimant que cela fait partie intégrante de leur rôle. De plus, 2 MG sur 3 souhaitaient effectuer plus de consultations de suivi pour ces nourrissons et 1 pédiatre sur 2 déclarait accepter de diminuer son activité pour cette population particulière.

Le MG se trouve donc au cœur du suivi de l'enfant, à travers les 20 examens de santé recommandés par les autorités. Lorsqu'il détecte une potentielle anomalie du DPM, il est en charge de coordonner les examens complémentaires et soins nécessaires. Il oriente alors l'enfant vers la structure ou un médecin adapté selon la nature des troubles observés.

3.3. *Recherches déjà réalisées*

Face à cette place prépondérante du MG dans le suivi des enfants, plusieurs questions sur l'évaluation du DPM ont été soulevées et parfois fait l'objet de recherches en France.

Certains travaux s'intéressaient aux recommandations de la HAS en 2005 et à leur faisabilité pratique pour les MG [59,60], d'autres aux modalités mises en place par le MG pour le suivi du DPM de l'enfant [61].

Avec les multiples outils de dépistage décrits précédemment, certaines études s'interrogeaient plutôt sur la place de ceux-ci dans le quotidien des médecins, de manière générale en essayant de recenser lesquels sont utilisés [62] ou de façon plus spécifique en se préoccupant de l'intérêt de différents tests ou échelles en soins de premier recours [35,39].

Une étude présentée en 2015 s'est intéressée au ressenti des médecins lors de l'annonce d'un retard de DPM [63] et abordait succinctement les difficultés que les médecins généralistes pouvaient rencontrer tout au long de ce processus de repérage puis de prise en charge. Cependant, elle restait assez vague sur celles-ci, n'étant pas l'objectif principal de sa recherche.

4. Résumé et objectif de la recherche

Le DPM et ses potentielles anomalies font donc l'objet de diverses définitions et les recommandations pour son évaluation sont propres à chaque pays. En France, le MG est de plus en plus sollicité pour assurer le suivi des enfants et son rôle dans le repérage des anomalies de DPM est primordial. Malgré les nombreux outils de dépistage disponibles, ce repérage est souvent tardif, retardant la prise en charge de ces troubles.

Face à ce constat, nous nous sommes interrogés sur les raisons qui empêchent les MG d'effectuer un repérage précoce des anomalies du DPM de l'enfant en bas âge.

<p>Quelles sont les freins et difficultés rencontrés par les MG pour évaluer le DPM d'un enfant de moins de 3 ans ?</p>
--

MATERIEL ET METHODE

1. Choix de l'étude

Pour répondre à la question de recherche, nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés.

2. Population étudiée

Le recrutement des participants s'est fait parmi des MG installés dans la région proche de la ville de Pau (pour des raisons de proximité géographique).

Les médecins remplaçants n'étaient pas retenus pour participer. En effet, ceux-ci ne sont que peu soumis à ce type de consultation, par le caractère éphémère de leur présence dans un cabinet.

Afin d'assurer la plus grande diversité possible, un panel de médecins varié et hétérogène a été sélectionné selon divers critères : âge, sexe, lieu et mode d'exercice, maître de stage universitaire (MSU), formations complémentaires en pédiatrie et représentation de l'activité pédiatrique.

L'échantillonnage s'est d'abord fait auprès de médecins de notre entourage. Puis nous avons réalisé un échantillonnage dit « raisonné » en sélectionnant via les pages jaunes les médecins selon les critères précités. Certains participants nous ont également mis en relation avec leurs confrères qui pouvaient être intéressés par notre étude, donnant alors un échantillonnage par boule de neige.

Les médecins ont d'abord été contactés par téléphone via leur secrétariat. Une brève description de l'étude leur était ainsi faite. Puis, selon leur disponibilité, soit le rendez-vous était fixé en suivant, soit je les recontactais par téléphone ou par mail quelques jours ou semaines après pour convenir d'un rendez-vous.

Enfin, le nombre de médecins interrogés n'a pas été déterminé par avance. Nous avons arrêté le recrutement après obtention d'une redondance des données (c'est à dire l'absence d'apport d'éléments nouveaux), confirmée par 2 entretiens supplémentaires.

3. Aspect éthique

Pour la collecte et l'enregistrement d'informations de santé, une demande d'autorisation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été déposée, acceptée et enregistrée sous le numéro 2167026. Le récépissé est disponible en annexe (ANNEXE 9).

Tous les participants étaient informés de cette déclaration. Une copie leur était montrée avant de recueillir leur accord verbal et de débiter les enregistrements. De même, nous les informions du droit d'accès et de modification de leurs données enregistrées et retranscrites.

4. Recueil des données

4.1. Guide d'entretien (ANNEXE 10)

Afin de guider la conversation tout en structurant l'entretien, un guide ou canevas a été élaboré préalablement.

Les thématiques abordées ont été relevées lors de la recherche bibliographique menée avant de débiter l'étude.

Ce guide d'entretien débutait par une brève explication du sujet et le recueil de consentement de l'interrogé pour l'enregistrement. S'en suivait une question ouverte de départ, laissant libre parole sur le sujet au médecin interrogé. Des questions de relance permettaient ensuite d'aborder les thèmes non abordés spontanément par l'interrogé.

A la fin de l'entretien, des données socio-démographiques étaient relevées afin d'établir les caractéristiques de la population étudiée.

Cette trame ne servait que de support à l'entretien et n'était pas suivie dans un ordre prédéfini. Les questions étaient choisies en fonction des points soulevés au fur et à mesure par l'interrogé. De même, la liste de questions n'était pas restrictive.

De plus, tout au long des entretiens, des questions ouvertes et neutres ont été privilégiées. Cela permettait aux médecins de décrire leurs expériences librement, avec leurs opinions et sentiments, sans influencer leurs réponses par les connaissances ou le jugement de l'enquêtrice. Comme cela est possible dans les méthodes qualitatives, le guide d'entretien a été légèrement modifié après le 5^{ème} entretien afin d'approfondir certaines idées évoquées par les interrogés mais non incluses dans la trame de départ.

Ainsi les relances sur la place de l'expérience du MG et les relations entretenues avec les autres professionnels intervenant dans le suivi de l'enfant ont été rajoutées à la trame initiale.

4.2. Réalisation des entretiens

Tous les entretiens ont été menés par moi-même, de façon individuelle et au sein du cabinet médical du MG interrogé.

L'enregistrement des entretiens était fait avec deux appareils, afin de pallier un éventuel problème technique. Un dictaphone Olympus Digital Voice Recorder VN-2100PC ainsi que le mode enregistreur d'un smartphone (Samsung A3) ont été utilisés.

5. Analyse des données

5.1. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits en fichier Word à l'aide du logiciel de traitement de texte OpenOffice Writer. Les enregistrements audio ont tous été détruits après retranscription.

Afin d'être le plus fidèle possible, la retranscription était faite mot à mot, dans les jours suivant la rencontre. Les éléments non verbaux (hésitations, silences, rire, attitudes...) étaient également annotés entre parenthèses.

Pour conserver l'anonymat des médecins interrogés, un numéro était attribué à chaque entretien en fonction de l'ordre chronologique de réalisation. Les paroles des médecins étaient donc désignées sous les abréviations M1 à M14. Seule l'investigatrice était au courant du nom des médecins interrogés.

Une sélection des Verbatim est disponible en annexe (ANNEXE 11).

5.2. Logiciel utilisé

Après achat d'une licence étudiante sur le site QRS international, le logiciel N'Vivo 12 a été utilisé pour le codage des entretiens ainsi que pour leur analyse.

5.3. Codage

Le codage des données a été réalisé individuellement et indépendamment par deux personnes : moi-même et Manon Gabe, médecin en cours de thèse également. La mise en commun se faisait par téléphone ou en face à face. Le Dr Claire Prudhomme, directrice de thèse, était sollicitée en cas de désaccord.

Une triangulation des codages était ensuite faite par mes soins entre chaque entretien.

5.4. Analyse

L'analyse des différents codes s'est faite selon la technique de la théorie ancrée (*grounded theory*), c'est-à-dire en élaborant des hypothèses au fur et à mesure du codage et de l'analyse.

RESULTATS

1. Description des participants

1.1. *Recrutement*

Tous les médecins ont été contactés initialement par téléphone, sauf pour les 1^{er} et 13^{ème} entretiens. Il s'agissait de 2 médecins qui ont accepté de participer à l'étude lors d'une discussion directe à l'occasion de mes remplacements.

Une brève présentation de l'étude était faite avant de demander si les médecins accepteraient d'y participer. Sur les 15 cabinets médicaux contactés, 1 n'a jamais répondu à l'appel, 1 a refusé directement de participer faute de temps et 3 autres ont demandé à être recontactés ultérieurement (la saturation a été obtenue sans leur participation).

1.2. *Réalisation des entretiens*

La période de recueil des entretiens s'est déroulée du 16 mai 2018 au 30 août 2019.

14 entretiens ont été réalisés auprès de MG installés dans les Pyrénées Atlantiques, dans 10 cabinets médicaux différents. La durée variait entre 5 minutes 39 secondes et 32 minutes 20 secondes (moyenne 18 minutes 7 secondes).

Tous les entretiens ont eu lieu dans le cabinet médical du médecin interrogé, à l'horaire qui lui convenait le mieux.

La saturation des données a été atteinte lors du 12^{ème} entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés sans apporter de nouvel élément pertinent.

1.3. *Profil des médecins interrogés*

Le profil des médecins interrogés est décrit dans le tableau suivant.

Parmi les médecins ayant participé à une formation supplémentaire sur le suivi pédiatrique, nous retrouvons :

- 3 (M7, M9, M13) ayant participé au diplôme universitaire (DU) « Médecine de l'enfant » à la faculté de Bordeaux,
- 1 (M6) formé pour le suivi RePOP,
- 1 (M5) en cours de formation pour l'utilisation de la mallette Sensory baby test,
- 1 (M10) ayant participé à une journée DPC en pédiatrie générale.

Tableau 1 : Profil des médecins interrogés

N°	Genre	Age	Durée d'exercice	Mode d'installation	Activité pédiatrique*	MSU	Formations spécifiques	Durée de l'entretien
M1	F	38	2 ans	groupe semi-rural	< 5	non	non	9'34
M2	H	69	35 ans	groupe urbain	< 5	non	non	5'39
M3	F	45	15 ans	groupe semi-rural	5 à 10	OUI	OUI	18'22
M4	H	35	3 ans	groupe semi-rural	> 10	non	OUI	14'33
M5	F	51	21 ans	groupe rural	> 10	OUI	OUI	14'21
M6	H	66	36 ans	seul urbain	> 10	non	non	13'24
M7	F	38	8 ans	groupe rural	> 10	non	OUI	18'35
M8	H	38	10 ans	groupe urbain	> 10	OUI	OUI	28'34
M9	H	53	22 ans	groupe urbain	> 10	non	non	32'20
M10	H	33	2 mois	groupe rural	> 10	non	non	18'21
M11	H	30	1 an	groupe Rural	> 10	non	non	14'31
M12	F	67	22 ans	seul Rural	< 5	non	non	30'42
M13	F	41	11 ans	groupe semi-rural	5 à 10	OUI	OUI	16'53
M14	H	32	18 mois	seul semi-rural	> 10	Non	non	18'17

*Activité pédiatrique = nombre d'enfants de moins de 3 ans vus par semaine

2. Description et analyse des données recueillies

Une fois le codage des 14 entretiens terminé, trois grands thèmes ont émergé :

- Les stratégies d'adaptation des médecins et leur organisation au quotidien ;
- Les difficultés rencontrées dans leur pratique ;
- Quelques propositions d'amélioration.

2.1. *Organisation et adaptations du MG pour le suivi du DPM*

L'organisation et les adaptations mises en place par les MG étaient le fruit de la **réflexion** de chacun afin d'améliorer ses conditions de travail au quotidien.

M8 : « Le suivi des enfants, ça me semblait quelque chose de compliqué, qu'il a fallu que je réfléchisse, qu'il a fallu que je mette en place. »

a) Une organisation réfléchie

Même si chaque médecin avait sa propre organisation et sa propre manière d'évaluer le DPM de l'enfant, quelques traits généraux ressortaient des entretiens comme **actions facilitatrices**.

- Prendre son temps

Quelques médecins évoquaient « **prendre leur temps** » lors du suivi des enfants. Pour certains, cela se faisait lors d'une **consultation classique, quitte à parfois déborder** et prendre du retard pour la suite du planning. Pour d'autres, la **durée de consultation** était volontairement **augmentée**, souvent doublée.

M1 : « je reste sur un créneau normal, quitte à prendre plus de temps. C'est un peu au feeling. S'il faut une demi-heure, bah faut une demi-heure. Je serai en retard après. »

M7 : « quand c'est des enfants en bas âge, du coup je prends une demi-heure pour les voir. Au lieu d'un quart d'heure habituellement pour les consultations. »

- Planification du suivi

La majorité des médecins interrogés expliquait évaluer de façon systématique le DPM de l'enfant lors d'une **consultation de suivi**. Elle n'était cependant **jamais dédiée exclusivement** au DPM de l'enfant.

M4 : « je ne dédie pas une consultation pour le développement ou une partie. [...] Ça fait partie de la visite que je fais. [...] Bah pour moi, c'est intégré avec l'examen de l'enfant. Donc ça fait partie intégrante du suivi du bébé, nourrisson et du plus grand après. Donc après, je ne dédie pas... »

Généralement, ces consultations de suivi étaient **réalisées à l'occasion d'autres actes de prévention**, comme la vaccination. Mais elles restaient **bien différenciées d'autres motifs de consultation** tels que les infections ou tout autre motif intercurrent.

M8 : « globalement jusqu'à 1 an 1/2, ça colle avec les consultations de vaccinations donc c'est aussi le... Voilà, il y a une adéquation. »

M5 : « Effectivement pour le rhume, on va regarder mais on ne va pas faire de la consultation du développement. »

Elles étaient **identifiées sur l'emploi du temps du médecin** pour une grande partie des médecins interrogés. Cette planification permettait de mieux assurer la **gestion de leur temps**. Souvent, les **secrétaires** y jouaient un rôle important.

M3 : « de plus en plus, on demande aux patients de nous donner le motif de leur consultation. Parce que, on demande à la secrétaire de gérer le temps en fonction. » [...] « ce sont des visites qui sont particulières, et pour lesquelles on demande aux patients de nous prévenir et pour lesquelles on a un timing particulier. »

- Rythme de suivi établi

Presque tous les médecins interrogés rapportaient **suivre dans le temps** le DPM de leurs jeunes patients lors d'**examens réguliers**. Pour une majorité, le suivi débutait ainsi **dès le 1^{er} mois** de vie de l'enfant et se poursuivait de **manière mensuelle** jusqu'au 6^{ème} mois voire jusqu'à 1 an. Par la suite, certains se calquaient sur le **rythme préconisé par les recommandations** françaises pour le suivi des enfants.

M13 : « je leur demande un rendez-vous tous les mois jusqu'à 6 mois, puis après on fait 9-11-12 mois, un examen de 16 à 18 mois et après 2 ans, 3 ans. »

Comme le soulignait la majorité des médecins, ce suivi régulier, surtout les premiers mois de vie, **facilitait leur examen et l'approche** qu'ils avaient avec les nourrissons. Il était également utile pour **pallier le manque d'expérience** que certains pointaient du doigt.

M4 : « Comme je les examine tous les mois, je vais voir un peu comment ils progressent à ce niveau-là. [...] C'est de connaître les enfants, vraiment au mois le mois, on voit vite quand il y a des progrès, et s'il n'y en a pas, s'il y a lieu de s'alarmer ou pas, si on voit d'autres choses ! »

M10 : (en parlant du fait de revoir les enfants tous les mois la première année de vie) « Moi ça me permet d'avoir des repères. De ne pas les revoir trop tard. Et du coup, je n'ai pas trop d'expérience non plus. Pas autant d'expérience qu'un pédiatre ! »

Peu de médecins évoquaient les **consultations obligatoires des 9^{ème} et 24^{ème} mois**. Mais ceux-ci les jugeaient **importantes** en tant que moments privilégiés pour l'évaluation du DPM de l'enfant.

M14 : (en parlant de la consultation du 9^{ème} mois) « c'est une consultation un peu charnière. Donc c'est vrai que j'y fais un peu plus attention que le suivi par rapport aux mensuels. »

- Organisation classique en 3 parties

- ✓ Observation & interrogatoire

Les **premières phases** de la consultation en médecine générale, observation et interrogatoire, étaient décrites par les médecins comme étant **primordiales**. Elles leur permettaient de faire une partie du travail et parfois de déjà repérer une « anomalie ».

M8 : « j'ai une première phase un peu d'observation de ce qu'il est en train de faire, sans que je lui dise « je te regarde ». Donc là, c'est... Je trouve toujours ça très instructif ! [...] Il me semble qu'il y a déjà une grosse partie du travail de fait avant même d'avoir touché l'enfant, encore une fois. En observation et en interrogation des parents. [...] Alors je pense que la phase d'observation et d'interrogatoire, j'y reviens toujours mais elle est essentielle ! »

M12 : « Souvent, rien qu'à les observer, on voit qu'il y a un truc qui ne va pas »

- L'**observation** intéressait **principalement l'enfant**, ses capacités, son comportement dans l'espace aussi bien que ses interactions avec le médecin lui-même ou avec ses parents.

M7 : « voir aussi comment ils évoluent, enfin quand ils euh... au niveau des déplacements à partir du moment où ils arrivent à se mobiliser dans l'espace. »

M13 : « Je vois aussi l'interaction avec le parent qui est là également. »

Cette phase d'observation n'était **pas toujours bien individualisée**. Elle intervenait tout au long de la consultation, comme certains médecins le font remarquer.

M3 : « Ça commence quand l'enfant est dans les bras des parents et c'est quelque chose que je fais au fur et à mesure de l'entretien. [...] C'est une observation de tous les gestes, de tous les instants en fait. »

- L'**interrogatoire** s'organisait autour de **questions posées aux parents** accompagnant l'enfant pour presque tous les médecins. Cet échange avec les parents permettait ainsi de recueillir un maximum d'informations sur le DPM de leurs jeunes patients.

M3 : « j'essaie, dans la mesure du possible, à la fois de demander aux parents ce que fait l'enfant, ce qu'il sait faire ou ce qu'ils ont remarqué [...] Je pose des questions dans la phase d'entretien. »

✓ Examen clinique

Tous les médecins expliquaient également recueillir une partie des informations nécessaires pour l'évaluation du DPM lors d'un **examen clinique**, « **basique** » pour la majorité d'entre eux, avec le relevé de **données morphologiques**, telles que la taille, le poids ou le périmètre crânien.

M2 : « Comment j'aborde ? Eh bien moi, on m'a appris à examiner les gamins, c'est tout ! [...] Je les mesurais, je les pesais et tout ça, le poids ! Je faisais ma courbe [...] tous les mois, le périmètre crânien... »

M11 : « C'est un examen clinique lambda quoi ! »

Au cours de leur examen clinique, certains médecins avaient un **ordre précis** qui leur permettait de mettre à l'aise l'enfant. Cela leur faisait ainsi gagner du temps pour la suite.

M8 : « j'ai un examen alors cardio-vasculaire. Je vais souvent d'ailleurs commencer par ça ! Le stéthoscope, j'ai l'impression que ça initie quelque chose au niveau de l'examen. »

Cependant, l'examen clinique restait assez global pour chaque enfant, sans **jamais individualiser réellement le DPM** du reste de l'examen. Rares étaient les médecins **recherchant de manière séparée** une anomalie spécifique sur le plan psychomoteur. Ils le faisaient souvent à la fin de ce temps d'examen. Cette **intégration de la recherche** du DPM au cours du reste de l'examen semblait également permettre au médecin de ne pas perdre du temps.

M3 : « Bah la première question que je vais me poser, quand je pèse un enfant : « est-ce qu'il tient assis ? », par exemple. Donc c'est un élément que je récupère à ce moment-là. Euh... Pour les tout-petits, au moment où je vais faire l'auscultation pulmonaire, je vais faire une manœuvre du tiré-assis à ce moment-là. Euh là, en fait, les éléments psychomoteurs, je vais les... je vais souvent les repérer au fur et à mesure de mon examen, moi me les noter. [...] Il y a qu'en toute fin d'examen que je teste notamment ce qu'ils font quand on les met à plat ventre, ou s'ils ont encore la marche automatique ou pas... Ça, je le fais en toute fin d'examen, quand j'ai fini tout le reste. »

M5 : « Alors c'est jamais **QUE** ça. Ça rentre dans la globalité de mon examen clinique. »

Le fait de **lister les acquis**, en les relevant point par point, était une autre adaptation du médecin pour parfaire sa précision dans le relevé du DPM.

M3 : « Si j'ai coché séparément, je sais que moi j'ai bien recherché chaque item. Donc je récupère et je coche au fur et à mesure ce que je peux avoir à l'entretien. [...] rien ne m'empêche d'écrire sur le carnet « il fait ça, il ne fait pas ça, il fait ça... », de lister ce qu'il sait faire. »

- Evaluation des différents axes selon le sens clinique du MG

L'évaluation de différents domaines du DPM était réalisée par tous les médecins interrogés. La **motricité globale** était la plus souvent détaillée par les médecins lors des entretiens, notamment avec la marche. Venaient ensuite sans ordre précis : la **sociabilisation**, la **préhension** ou

motricité fine, le **langage**, les **éléments neurosensoriels** avec la vision et l'audition. Certains médecins recherchaient également la **présence ou non des réflexes archaïques**.

M13 : « je regarde son développement moteur essentiellement, au tout petit en tout cas. (réfléchi) Voir... Oui c'est ça, s'il bouge les 4 membres, s'il arrive à soulever la tête. »

M5 : « comment ils se comportent. Euh... Comment ils interagissent avec moi et avec la maman »

M3 : « pour voir si un enfant saisit avec la participation du pouce, eh ben je le laissais attraper mon stétho ou je lui filais un abaisse langue »

M4 : « Voilà, on essaie de les faire parler ! Pour voir s'il parle bien... »

Plusieurs médecins interrogés mettaient en avant la **place importante de leur sens clinique** pour l'organisation de cette évaluation.

M8 : « C'est ce qui revient souvent en... en pédiatrie de façon globale. L'IMPRESSION. L'impression première d'un enfant qui va bien ou qui ne va pas bien. C'est sûr que si j'ai l'impression que cet enfant n'a pas un développement adéquat avec son âge, je vais avoir un examen, euh un interrogatoire qui va être, des fois, plus appuyé, un examen qui va être plus appuyé. »

M9 : « Puis tu le fais au feeling ! Et puis à mon âge, on le fait au feeling ça ! »

Plusieurs médecins ont eu du mal à détailler leur attitude et organisation de consultation. Il semblerait que, finalement, ce soit plus des **automatismes** qui les guident.

M4 : « Moi je l'ai intégré à la consultation et en fait je pense que je le fais un peu de manière un peu inconsciente. »

M13 : « Je sais pas ce que je fais exactement en fait ! (amusée) Euh... non mais je sais pas ! »

b) Rôles et comportement du médecin

- Place du MG pour le suivi

Au cours des entretiens, certains médecins interrogés rappelaient le **rôle central du dépistage** dans la pratique du MG, ainsi que celui de **coordination des soins**. Le médecin du 9^{ème} entretien mettait également en avant le **rôle d'informateur du MG**.

M9 : « On a un rôle de... de dieu tout-puissant qu'on nous a donné et que nous donne la caisse primaire d'assurance maladie aussi. Donc euh... déjà, notre boulot, le truc le premier c'est effectivement le DEPISTAGE et l'orientation. » [...] « Notre but, je crois que notre but le plus

fondamental en dehors du soin, c'est l'information. On est là pour informer. S'il y a un problème, bon voilà. Euh... « Tout va bien ? Est-ce que vous avez des problèmes avec votre enfant ? Vous savez que je suis là s'il y a besoin. Etc. » On est là pour informer. »

Pour quelques médecins, le **suivi des enfants** relevait d'un **intérêt particulier**. De même, certains estimaient que cela était plus facile pour eux si ce suivi relevait de **leur propre choix**. Il pouvait même être **source de satisfaction**, voire d'un certain plaisir.

M7 : « C'est, je pense, vraiment un désir ou pas du médecin de faire ce genre de choses. »

M13 : « C'est des consultations que j'aime bien en général. Qui sont assez agréables, qui sont plus dans l'interaction avec l'enfant en fait. Moi je, c'est vrai que je suis beaucoup dans l'interaction avec l'enfant. Et c'est des consultations qui sont très agréables. [...] quand j'en ai dans ma journée, la plupart du temps je sais que je vais passer un bon moment ! »

Cependant, quelques-uns relevaient qu'il était important de **connaître ses limites** et de passer la main le moment venu pour assurer la meilleure prise en charge possible de l'enfant.

M9 : « après, si on peut soigner les gens et aller jusqu'au bout c'est bien ! Mais ce n'est pas une obligation. On peut à un moment, soit si on a trop de travail soit si on n'a pas les compétences, on envoie. »

- Mise en confiance de l'enfant

La **relation entretenue avec l'enfant** lors de la consultation semblait être primordiale pour la plupart. Elle nécessitait une certaine **mise en confiance de l'enfant** qui permettait alors au médecin d'assurer son évaluation dans de bonnes conditions.

M5 : « j'essaie que ce soit... qu'on soit calme, que l'enfant soit rassuré »

M1 : « en fait moi j'essaye plutôt de euh... de faire ça un petit peu sous forme de jeu, quand je le fais. Donc pour détendre, pour mettre à l'aise l'enfant. »

Ainsi, assez souvent, l'examen clinique était amené **sous forme de jeu** par le médecin. Pour d'autres, c'était l'**interaction privilégiée avec l'enfant** qui permettait de s'approcher de lui facilement. Il était également évoqué l'intérêt de **valoriser les compétences de l'enfant**.

M3 : « Et puis je me suis aperçue que lorsqu'on fait ça avec les gamins, ils se laissent mieux examiner après. On a joué avec eux, alors après pop ! L'examen est plus facile. »

M8 : « Mais je pense que de toute façon, il y a un moment où, après l'avoir observé, je vais m'adresser directement à lui. [...] je trouve que c'est vraiment intéressant d'avoir un contact

eah... quasi exclusif avec le gamin, avec l'enfant. Les parents étant à côté mais euh dès... enfin voilà quasiment dès la naissance on a ce, on a ce... ce contact direct avec l'enfant sur la deuxième partie. [...] Ils sont contents de montrer ce qu'ils savent faire ! »

Enfin, plusieurs médecins mettaient en avant la plus grande facilité qu'ils avaient pour examiner un enfant lorsqu'ils **le connaissaient déjà**. Cela semblait leur permettre de mieux dépister une éventuelle anomalie.

M1 : « Ça dépend si je connais bien l'enfant, si je le vois souvent, s'il me connaît. C'est plus facile à faire que si c'est un enfant que je vais voir vraiment ultra ponctuellement qui ne me connaît pas, qui arrive réticent avec des parents stressés. »

M4 : « C'est de connaître les enfants, vraiment au mois le mois, on voit vite quand il y a des progrès, et s'il n'y en a pas, s'il y a lieu de s'alarmer ou pas »

c) Des interlocuteurs privilégiés : les parents

Les médecins interrogés mettaient les parents au centre de la consultation, presque autant que leurs enfants.

- Relation de confiance avec les parents

Plusieurs médecins relevaient l'importance d'une **relation de confiance**, entre le médecin et les parents, mais aussi l'enfant. De cette confiance dépendait la réussite de leur consultation. Pour certains médecins, le lien pouvait se créer au fur et à mesure de la consultation, selon ce qu'ils apportaient à l'enfant et aux parents.

M1 : « Je pense qu'il faut vraiment qu'il y ait une relation de confiance qui soit instaurée entre le médecin, les parents et l'enfant pour qu'on réussisse à faire une évaluation correcte quoi. »

M12 : « Si l'enfant vous accepte, les parents vous acceptent. [...] Chez les gosses, je pense que la première consultation avec les parents est très importante. Parce que c'est les parents qui jugent : « c'est un bon médecin ou non ». Mais c'est surtout sur l'abord avec le gosse. Et après, ils vous font confiance et puis ça se passe bien. »

- Parents informateurs

Pour la plupart des médecins interrogés, les parents étaient leur principale **source d'informations**. En charge de l'éducation de leur enfant, ils jouaient un rôle majeur dans le développement de celui-ci et pouvaient apporter au médecin des éléments essentiels.

M8 : « je mets une place importante à ce que m'amènent les parents là-dessus, très clairement »

M11 : « il faut que les parents nous aident aussi dans ça. C'est vraiment à eux... »

Certains rappelaient que les parents étaient souvent les **premiers à déceler** une potentielle anomalie. Ainsi, parfois, les **questions sur le DPM venaient initialement des parents**, qui avaient remarqué certaines choses « anormales » chez leur enfant. D'**autres personnes de l'entourage** des enfants, comme les assistantes maternelles ou le personnel de crèche, pouvaient également repérer des « anomalies ». Pour certains, c'étaient vraiment les **inquiétudes des parents** qui leur permettaient de cibler leur examen.

M1 : « c'est hyper important le discours des parents et de l'entourage qui connaissent vraiment bien les enfants quoi. Je pense que c'est eux qui font le diagnostic en fait. Ils nous exposent le problème. »

M4 : « Je ne recherche pas forcément tout, enfin sauf si les parents sont inquiets ! [...] savoir si eux ont des questions. Parce que souvent ce sont eux qui ont des interrogations »

- Acteurs de la prise en charge

Enfin, les parents étaient des acteurs dans le suivi et la prise en charge de leur enfant. Ils étaient parfois **demandeurs de consultation longue pour le suivi du DPM**. Ils restaient également les **décisionnaires** pour leur enfant.

M9 : « SAUF une demande du parent ! C'est à dire, le parent qui va me téléphoner et qui va me dire « écoutez, j'ai un souci avec le petit... il cogne les autres enfants à la crèche... ». A ce moment-là, on organise et, à ce moment-là, je demande à la secrétaire de prendre 30 minutes au lieu de 15 minutes. »

M5 : « Et du coup, là, c'est effectivement une petite fille que j'ai adressée au neuropédiatre. Voilà avec accord des parents. On en a discuté avec les parents parce qu'il y avait vraiment une différence par rapport aux gamins du même âge chez la nounou. »

Pour cela, les médecins tenaient au courant les parents de ce qu'ils retrouvaient lors de leur évaluation. Des **explications** étaient parfois nécessaires pour leur faire comprendre mais aussi les **rassurer**.

M3 : « Bah si je vois que les parents sont inquiets, je leur propose de les revoir à 1 mois ou à 2 mois et puis de refaire. Je leur explique en détails. »

M4 : « ce qu'il faut c'est surtout en général rassurer les parents. [...] Ça sert de support pour les parents et puis comme ça, ça permet de rassurer les parents aussi ! Parce que justement, ils voient qu'il progresse. »

d) Place des outils dans la pratique des MG

Tous les médecins interrogés étaient amenés à utiliser des outils lors de leur consultation. Pour plus de moitié, ces outils l'étaient de **manière systématique**. Pour d'autres, cette **place** était **limitée** à de rares occasions.

M13 : « L'examen des 9 mois, 2 ans et 3 ans, j'utilise la mallette de manière quasiment systématique. »

M1 : « le Baby Sensory Test, que j'utilise de temps en temps aussi »

Ces divers outils peuvent être regroupés en 2 catégories : les outils utilisés lors de la réalisation de l'examen par le médecin et les supports écrits utilisés pour le suivi de l'enfant. Chacun de ces outils apportait un bénéfice réel au médecin au cours de sa consultation.

- Utilisation d'outils choisis par chaque médecin

La majorité des médecins rapportait utiliser des **outils non spécifiques** au relevé du DPM lors de leur consultation. Cela pouvait être aussi bien un abaisse langue ou leur stéthoscope, qu'un objet tout venant. Des **jouets** ou encore le **dessin** étaient également souvent utilisés par les médecins interrogés.

M4 : « moi je fais pas mal avec les trucs comme ça (montre un stylo avec une figurine de zèbre au-dessus) »

M8 : « Alors, bah le stétho ! Mon stétho. Ça très clairement sur la préhension des tous petits. »

M13 : « Plus grand, j'ai quoi... Bah j'ai les jouets, j'ai des crayons de couleur. »

Plusieurs médecins expliquaient avoir **choisi**, au fur et à mesure de leur expérience, des **outils** qui étaient **les plus adaptés à leur pratique**. De même, certains avaient développé des **astuces personnelles** pour leur évaluation.

M3 : (en parlant de la mallette Sensory Baby Test) « Alors j'utilisais avant, pour faire nommer les images, l'échelle optométrique pour les enfants qui est sur le mur là-bas. Mais là il y a des petits cartons avec des dessins qui sont avec des couleurs et qui sont plus familiers pour eux. Donc on fait avec les petits cartons qu'il y a dans la mallette. [...] Il y a une cible pour la poursuite oculaire... Euh... Donc avant, la poursuite oculaire, je faisais ben pareil, avec les moyens du bord. »

M13 : « Plus voir s'il suit du regard et tout ça. Alors, soit j'arrive à lui capter le regard et moi, juste en bougeant la tête, voir s'il arrive à me suivre. »

Au milieu de ces différents objets, de nombreux médecins étaient équipés d'une **mallette** de dépistage assez complète, contenant notamment le **Sensory Baby Test**. Elle était citée pour son **optimisation pour la pratique** des MG.

M13 : « j'ai, pour que ce soit de manière un peu plus codifiée, que ce soit pour l'examen à 9 mois ou... Je fais 9 mois et après je fais 2 ans et 3 ans avec la mallette Baby Sensory test. »
M10 : « Parce qu'elle contient tout ce qu'il faut. »

- *Des supports qui guident*

Plusieurs médecins nous expliquaient avoir recours à certaines **ressources de référence** lorsqu'ils avaient oublié quels repères rechercher au cours de leur examen clinique.

M2 : « comme j'oublie un petit peu, j'avais je vous dis ce panneau pour pouvoir me repérer un petit peu. Un pense-bête quoi. »

Ces supports étaient souvent de nature bibliographique : **livres de pédiatrie, revues médicales, cours de faculté**. Quelques médecins s'appuyaient sur des **tableaux** résumant les principales étapes du DPM. D'autres s'orientaient plus vers des **sites internet** comme PédiaDoc. Peu nombreux étaient ceux évoquant une **échelle** ou un **test de développement** comme le Denver.

M8 : « sur toutes les grandes lignes, toutes les grandes, toutes les... les grandes limites du développement, euh psychomoteur, j'ai le bouquin aussi, mais que j'ouvre aussi de moins en moins... [...] « Consultation pédiatrique » »

M10 : « je suis abonné à la Revue Du Prat, MG. »

M1 : « j'ai téléchargé un petit tableau qui me donne un petit peu à chaque âge quels sont les objectifs de développement psychomoteur [...] Je l'ai sorti d'un cours d'une fac »

M11 : « J'ai PédiaDoc que je regarde pas mal »

M5 : « il peut m'arriver [...] d'aller chercher le Denver »

Finalement ces supports servaient surtout de **guide pour l'évaluation** du développement, aussi bien pour le médecin que pour les parents de l'enfant.

M4 : « Après on regarde tous les mois, il y a des... pour le développement, il y a des petits trucs, enfin voilà... Ça sert de support pour les parents et puis comme ça, ça permet de rassurer les parents aussi ! »

M11 : « j'essaie de lire, dès qu'il y a une consultation de... je regarde un petit peu avant, qu'est-ce qu'il faut que je cherche, sur PédiaDoc, ou des choses comme ça. »

- Rôle clé du carnet de santé

Le **carnet de santé** restait l'outil principal pour plus de la moitié des médecins interrogés. Beaucoup le jugeaient **très utile dans leur pratique**, facilitant le suivi avec les éléments du DPM inscrits au fil des pages.

M3 : « Alors on est bien guidé par le carnet de santé où on a des éléments clés à noter. »

M7 : « Après je me sers beaucoup du carnet de santé, de façon aussi pour voir par rapport à chaque stade de développement »

e) Différence inter-individuelle et gestion du doute

- Différences inter-individuelles

A travers les récits, on retrouvait la **notion d'étapes essentielles** au bon développement de l'enfant, comme des âges d'acquisition importants. Ces étapes étaient évaluées au cours de la consultation en tenant compte de l'âge de l'enfant. Quelques médecins précisait porter une **attention particulière chez les plus jeunes**.

Comme certains le décrivaient bien, des **développements** étaient alors identifiés comme « **normaux** » et d'autres « **pathologiques** ».

M13 : « On a des dates butoirs dans lesquelles les enfants doivent avoir acquis certaines choses. Et je me réfère à ça tout simplement. [...] C'est l'acquisition de la marche à 18 mois, c'est l'acquisition de la parole avec une cinquantaine de mots et 2 mots associés à 2 ans... »

M5 : « Alors c'est vrai que je vais peut-être plus attentive sur les tous petits. »

M6 : « Il y a le standard du gosse qui est sans problème, avec un développement normal. »

M11 : « Qu'est-ce que je vais rechercher ? Bah alors... Des... des éventuels problèmes, des éventuels déficits dans certains domaines. »

La **comparaison interindividuelle** du DPM était parfois soulignée. Mais, afin de mieux évaluer le DPM d'un enfant, certains médecins expliquaient **mettre en parallèle les différents domaines** avant de s'alarmer outre mesure. En effet, ils avaient principalement retenu que chaque enfant suivait son propre développement, avec une certaine variabilité dans chaque domaine exploré.

M4 : « un bébé qui reste tonique et qui fait d'autres choses, enfin pas forcément de la motricité mais qui va développer d'autres domaines et qui est très éveillé, ou beaucoup dans la communication... bon bah on se laisse un peu de temps, on voit un peu... »

M5 : « Enfin, on compare forcément les enfants. [...] je pense qu'ils évoluent tous différemment, qu'il n'y a pas deux évolutions tout à fait pareilles. »

- Gestion du doute par le MG

En cas de détection d'un potentiel problème de développement lors des phases précédentes de la consultation, il arrivait que les médecins **approfondissent leur examen clinique**. Certains **outils** étaient alors décrits comme étant **utiles dans cette gestion du doute**, comme par exemple l'échelle de Denver. Ces outils semblaient permettre de **confirmer le ressenti** du médecin.

M8 : « C'est sûr que si j'ai l'impression que cet enfant n'a pas un développement adéquat avec son âge, je vais avoir un examen, euh un interrogatoire qui va être, des fois, plus appuyé, un examen qui va être plus appuyé. [...] Si dès le départ, dès la phase d'observation, il y a des enfants pour lesquels on va se questionner... Et cette... et ensuite savoir approfondir ces questionnements- là »

M14 : (en parlant du Denver) « Quand je sens que voilà il y a un truc. Et... ou que les parents ont un doute ou quoi... [...] A ce moment-là, je le sors et puis du coup je fais le test avec l'évaluation. »

En cas de doute sur un retard de DPM, plusieurs médecins interrogés préféraient **relativiser**, voire **reconvoquer** l'enfant pour vérifier ses compétences dans le temps.

M3 : « J'ai appris à relativiser beaucoup de choses, parce qu'ils n'ont pas tous un DPM homogène. Ils ne font pas tous les choses dans le bon ordre, dans le même ordre. »

M8 : « Après, au moindre doute, je reconvoque les parents et les enfants un peu avant. »

Cette **évolution du DPM de l'enfant** venait alors déterminer le caractère « pathologique » ou non du décalage et permettait au médecin d'orienter sa prise en charge.

M3 : « c'est en ça que c'est intéressant de le noter d'une fois sur l'autre. Parce que ce qui est inquiétant, bah c'est un peu comme la croissance, ce n'est pas tellement le temps T, c'est de savoir dans quel sens ça va et si ça évolue. »

M5 : « comme je ne m'arrête pas à un âge près, et que c'est l'é-vo-lu-tion. [...] On ouvre une petite case, on met une petite alarme, et on regarde sur quelques consultations comment ça évolue. »

Enfin, lorsqu'un médecin avait un doute ou confirmait une anomalie lors de son suivi, presque tous passaient la main et **orientaient ces patients vers un confrère**. Les médecins n'hésitaient pas alors à **appeler eux-mêmes les spécialistes** pour avoir un avis.

M6 : « Et alors après, si vraiment je vois qu'il y a vraiment quelque chose de psychologique derrière, bon bah là je fais appel à des spécialistes. »

M9 : « quand j'ai un doute, je l'appelle. »

f) Facilités d'accès au spécialiste

Globalement, les médecins interrogés **ne rencontraient pas de soucis** pour faire appel à un spécialiste en pédiatrie.

M9 : « Pour les enfants, j'avoue que c'est plus facile quand même... C'est à dire que les pédiatres de ville vont se libérer plus facilement si c'est à la demande du médecin traitant. »

- Sélection des interlocuteurs

Pour faciliter cet accès aux spécialistes, de nombreux médecins avaient développé un **réseau** autour de leur lieu d'installation, formé par des **spécialistes de confiance**, qu'ils avaient **sélectionnés** au fur et à mesure de leur expérience. Certains entretenaient parfois des **relations amicales** avec eux.

M6 : « J'ai un réseau d'habitués triés sur le volet, triés sur le volet, en qui j'ai une confiance absolue. [...] Et je travaille comme ça depuis des années, même avec les spécialistes. »

M7 : « On essaie aussi de travailler avec les pédiatres et du coup d'avoir des liens. [...] travailler en relation » [...] « savoir adresser à des personnes compétentes »

M3 : « j'ai une amie pédiatre qui n'est pas loin d'ici, qui s'est installée il n'y a pas longtemps après un long exercice hospitalier, donc avec qui j'ai beaucoup de connivence et beaucoup de confiance. »

Certains médecins expliquaient que le choix du spécialiste dépendait du trouble de DPM repéré. Les **pédiatres libéraux** étaient parmi les plus sollicités par les médecins de notre étude.

M13 : « Si c'est du tout-venant, plutôt du libéral. Un trouble moteur qui me paraît un peu bizarre mais que je n'arrive pas à caractériser particulièrement, ou que je ne sais pas si c'est vraiment un trouble moteur ou si ce n'est juste pas encore acquis, je l'envoie chez un pédiatre libéral plutôt. [...] Si c'est beaucoup plus spécialisé, du gastro-pédiatre ou du neuropédiatre, ça c'est l'hôpital. »

Parmi les autres interlocuteurs évoqués lors des entretiens, revenaient plusieurs **professions paramédicales** (kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues...) ainsi que d'**autres médecins spécialistes** (comme les ORL ou neuropédiatres).

M6 : « J'ai une psychologue de ville qui travaille très très bien, voilà. Et qui me détecte les problèmes et qui est en relation avec le CHS et qui me dit « bon attends, tu devrais faire ça, je fais ça », et je leur fais une confiance absolue ! »

M14 : « j'essaie de rapprocher le suivi et de mettre en place des suivis en externe plutôt avec les psychomotriciens pour le DPM, orthophonistes ou orl s'il y a des retards au niveau du langage. »

Ceux-ci pouvaient aussi bien travailler en libéral qu'en **structure hospitalière**, ou même en **structures multidisciplinaires** comme le CAMSP.

M8 : « Quand je suis en difficulté ou quand j'ai un doute surtout sur le DPM, c'est vrai que j'ai tendance à me tourner vers l'hôpital, la pédiatrie de l'hôpital. »

M3 : « Il y en a un qu'on a envoyé directement au CAMSP et qui a été bien pris en charge »

- Un partage des tâches

Quelques médecins expliquaient également **partager le suivi** de l'enfant avec un pédiatre. Cette **organisation** pouvait alors être **établie** entre les 2 médecins.

M7 : (en parlant d'une pédiatre de son secteur) « on a un petit peu discuté de comment ça pouvait se mettre en place. [...] on essaie de faire, bah un mois c'est elle qui la voit, un mois c'est moi qui la vois. »

Pour d'autres, il existait une réelle **délégation de tâche**, avec un suivi du DPM laissé soit au **pédiatre** soit parfois à des **professions paramédicales** comme les orthoptistes ou les psychomotriciens.

M1 : « je ne prête pas spécifiquement, enfin peut-être assez attention euh... au DPM en me disant que le pédiatre s'en charge. »

M14 : « Je propose le bébé vision aussi. »

Enfin, il arrivait que certains enfants bénéficient déjà d'un **suivi spécialisé avant** de venir voir le MG, qui intervenait alors en second temps pour la prise en charge.

M11 : « En fait, les petits qui ont un retard de développement psychomoteur que j'ai pour l'instant dans ma patientèle, ils sont plus vieux et ils sont déjà... il y a déjà un suivi qui est... »

- Place particulière de la PMI

Le service de PMI était parfois cité par les médecins comme **interlocuteur privilégié**. Les professionnels pouvaient aussi bien **intervenir dans le suivi** de manière initiale ou être

interpelés par le médecin **en cas de problème**. La **facilité d'accès**, notamment par l'absence d'avance de frais, était mise en avant, de même que l'aspect **multidisciplinaire** (regroupant psychomotricien, orthoptiste, puéricultrices...).

M14 : « si jamais c'était une famille lambda avec un petit retard, j'aurais tendance à l'orienter vers un médecin de PMI. [...] Souvent, on ne va pas se le cacher, c'est plutôt des familles qui ont des difficultés financières etc. Donc c'est vrai que s'il faut aller derrière faire un bilan psychomot, un bilan avec l'orthophoniste... bah ça a un coût. Ce n'est pas toujours évident pour eux. L'avantage de la PMI, c'est qu'il y a tout le monde là-bas : la psychomot, les puer... Donc voilà, le coût est pris en charge. »

g) Place de l'argent et des nouvelles cotations

La mise en place des **cotations spécifiques** au suivi de l'enfant et aux différents dépistages semblait **connue** par une grande majorité des médecins interrogés mais seulement **appliquée** par quelques-uns.

M13 : « je sais qu'il existe des cotations pour beh tous les troubles sensoriels et tout ça. Je ne les ai encore jamais cotés. [...] Je cote la visite des 9 mois quand c'est fait »

Les médecins interrogés avaient cependant des avis partagés quant à la place de l'argent dans leur pratique.

- Absence d'intérêt pour l'argent

Comme le rapportait la plupart des médecins, l'argent ne représentait finalement que **peu d'intérêt** pour eux dans la problématique de l'évaluation du DPM de l'enfant. Pour certains, les difficultés rencontrées pour le suivi des enfants ne venaient pas de l'argent. D'autres semblaient plutôt **ne pas connaître ces cotations spécifiques**.

M2 : « De faire payer la consultation ? Moi je m'en fous complètement. C'est complètement désintéressé ! » [...] « Alors je ne sais même pas le prix, le tarif, combien c'est la consultation... On me dit « mais pourquoi tu ne fais pas la consultation à moins de 6 ans ? ». »

M11 : « je trouve que c'est se tromper de problème un peu le... De majorer les consultations un peu plus... Je sais pas, un peu plus longues. Après que ce soit... Parce qu'il y a déjà assez, entre les certificats obligatoires là jusqu'à 2 ans, il y en a 3. Après, s'il faut faire... non ouais. Je trouve pas que ce soit... [...] je trouve pas que ce soit important de valoriser ces consultations par euh... par voilà une carotte euh... on va dire pécuniaire quoi. Voilà. »

- Cotations cohérentes et utiles

Toutefois, les nouvelles **cotations** semblaient **cohérentes** à une majorité des médecins.

M1 : « Ça me paraît cohérent ! Par rapport au travail réalisé »

Certains mettaient en avant les nombreux **avantages** que la **revalorisation** des cotations en pédiatrie avait pu avoir dans leur quotidien :

- Possibilité d'**accorder plus de temps** pour les consultations de suivi de l'enfant ;

M3 : « c'est des consultations qui ont été revalorisées il n'y a pas longtemps. Moi euh, oui l'avantage c'est que si on me donne des sous, je peux faire des consultations longues. C'est tout simple. »

- **Investissement dans le matériel ;**

M7 : « dernièrement aussi, je voulais m'acheter une mallette de pédiatrie, par rapport à l'examen, au développement psychomoteur. [...] Donc je me dis que ça peut... Voilà, me motiver à un peu plus investir dans ces consultations. » (en découvrant l'existence de cotations spécifiques)

- **Reconnaissance des compétences** du MG.

M3 : « D'abord on reconnaît ma compétence. [...] Mais la consultation des 9 mois, des 24 mois, rémunérée comme elle est maintenant, bah je trouve ça un peu plus légitime. »

De même, l'**application du tiers-payant** pour les consultations de suivi et certains examens complémentaires semblait permettre à quelques médecins de prendre en charge plus facilement certains patients et de faciliter pour eux l'augmentation du tarif habituel.

M8 : « il y a ces consultations obligatoires qui peuvent être en tiers- payant complet »

M7 : (en parlant du tiers payant) « disons que ça va être plus facile pour moi de le mettre en place, par rapport effectivement aux parents, euh.... voilà. [...] Pour pouvoir justifier. »

h) Une formation jugée indispensable

Presque tous les médecins interrogés ont évoqué l'importance de la formation pour leur pratique, qu'elle soit initiale ou bien continue.

- Formation initiale

La majorité des médecins évoquait l'**impact de leur formation initiale** sur leur pratique, aussi bien pour la partie théorique que pour la mise en pratique lors de différents stages. Comme

certaines le laissaient entendre, elle avait une place centrale dans la formation du MG, ce d'autant plus avec le manque de pédiatres libéraux à venir.

M7 : (en parlant de l'évaluation du DPM) « je pense qu'effectivement ça doit faire partie de la formation initiale de tout médecin généraliste. Et de plus en plus, vu la pénurie de pédiatres qui va... qui est là ! »

✓ *Apprentissage théorique essentiel*

L'**apprentissage théorique** était souvent relevé par les médecins comme étant **primordial** pour la suite de leur exercice. Les **différentes étapes du DPM** semblaient ainsi être **appries** au cours de leurs études.

M4 : « Il y a des étapes dans le développement, qu'on apprend. »

M7 : « au niveau du développement psychomoteur [...] c'est vraiment quelque chose que tu dois apprendre par rapport aux âges, par rapport aux stades de développement. »

Cet apprentissage facilitait ainsi l'examen, donnant aux médecins certains **automatismes**.

M4 : (en évoquant l'examen clinique du DPM) « Moi je l'ai intégré à la consultation et en fait je pense que je le fais un peu de manière un peu inconsciente »

M11 : « Jusqu'à ce que ça devienne un automatisme de savoir »

✓ *Des stages obligatoires*

Une majorité des médecins soulignait l'**importance des stages en pédiatrie** dans leur cursus universitaire. Parmi les plus jeunes, la majorité rapportait une **bonne qualité** de leurs terrains de stages.

M4 : « pour moi en tout cas, ça a été important ! Parce qu'avant de foutre les pieds en pédiatrie, par contre, il ne fallait pas me donner un bébé hein ! Mais après, oui, à force d'en voir, de voir que ce n'est pas spécialement fragile, que ce n'est pas... de se rassurer quoi et d'apprendre ! »

M3 : « j'ai eu l'occasion en formation initiale d'avoir un bon stage d'externat de pédiatrie et un très bon stage d'internat de pédiatrie. Des stages très formateurs, bien encadrés et formateurs. »

En effet, ils mettaient en avant les **acquisitions faites grâce à la pratique régulière** durant ces stages. C'était également l'occasion pour eux d'expérimenter les connaissances acquises lors du socle théorique, permettant ainsi de **mieux les ancrer**.

M4 : « Moi j'ai fait 6 mois à Pau en pédiatrie et après je suis passé chez des médecins généralistes qui voyaient beaucoup d'enfants. Donc j'ai été amené à en voir régulièrement quoi ! [...] pour moi en tout cas, ça a été important ! »

M14 : « je pense que c'est compliqué que tout reste dans la tête tout le temps. Bon après le stage en pédiatrie était bien pour ça. »

- Formations complémentaires

La plupart des médecins interrogés nous exposait l'**importance de la formation continue** pour la **mise à jour** et l'**entretien de leurs connaissances**. Cela leur assurait également une **meilleure aisance** dans leur pratique.

M8 : « je fais pas mal de petites formations, de choses comme ça. Et c'est... et ça participe aussi à notre éveil, à notre écoute des différents signes [...] ça me semble important de continuer à se former, de continuer à pas trop ronronner dans notre pratique et... Le DPM de l'enfant, il n'a pas changé du tout au tout sur les 20 dernières années hein ! Mais ça me semble important de se mettre les... de se mettre euh... les idées au clair, de se rafraîchir les idées là-dessus. »

M3 : « Je ne suis pas à l'aise avec l'utilisation des lunettes pour les dépistages des troubles de la vision. Donc je vais en formation pour ça dans 3 semaines, exprès. »

Plusieurs possibilités de formation s'offraient aux médecins, selon leur préférence et leur mode d'apprentissage. Pour beaucoup, l'**autoformation** était au centre de leurs mises à jour de connaissances.

M10 : « je me forme sur le tas. En fonction des cas que je rencontre, des difficultés que je rencontre. Donc c'est comme ça que j'apprends le mieux. »

D'autres utilisaient le **système de DPC** pour se former, mettant en avant sa facilité d'accès grâce à la **prise en charge des frais**.

M6 : « je me suis mis dans la DPC tu vois, puisqu'on a quand même un... un euh... un paiement derrière par les trucs de la Sécu, tu sais que c'est dans les conventions. Et ça, moi je trouve que c'est très bien. »

Pour quelques-uns, la formation universitaire, comme le **DU médecine de l'enfant**, leur convenait mieux. Tandis que localement, certains médecins participaient à des **réunions organisées par un pédiatre** libéral qui proposait de répondre à un thème choisi par les médecins à l'avance, afin d'assurer une formation adaptée à la pratique de ceux-ci.

M7 : « comme j'avais cette envie quand même de faire ça, j'ai fait un DU à Bordeaux : Médecine générale de l'enfant. »

M4 : « Moi je participe à... Enfin ce n'est pas considéré comme de la formation continue mais on a une pédiatre qui nous fait un petit topo 3-4 fois par an ! »

- Transmission des pratiques

Enfin, certains des médecins rencontrés étaient **maîtres de stage universitaire**. Ils disaient mettre en avant certaines attitudes auprès de leurs étudiants pour assurer ainsi la **transmission de leur pratique**.

M3 : « Donc ça, c'est des petits gestes que j'apprends aux internes d'ailleurs. [...] J'essaie d'enseigner à mes internes et notamment leur enseigner que ben... à l'observer comme je fais. »

M8 : « Je suis amené à accueillir des internes au cabinet. Et c'est toujours difficile de voilà savoir... C'est un peu, c'est une crainte de se dire « mais je sais jamais ! c'est à quel âge qu'ils doivent marcher, être assis, dire papa maman et ainsi de suite... ». Donc c'est pour ça qu'on parle notamment des tableaux, du Denver... Voilà ça me semble intéressant. »

i) Une expérience qui forge les pratiques

La grande majorité des médecins mettaient en avant l'**importance de leur expérience** dans leur apprentissage de l'évaluation du DPM. De celle-ci, découlaient les astuces personnelles ainsi que les automatismes des médecins, évoqués précédemment.

M7 : « je pense qu'en tant que médecin généraliste, ce n'est pas évident de suivre des enfants si on n'a pas d'expérience. Beh que ce soit au niveau des études, au niveau des stages, ou même voire sa propre expérience personnelle. »

Cette expérience était **source de confiance**, comme l'évoquaient quelques médecins, mais aussi de facilité pour leur évaluation.

M2 : « Je voyais très bien, j'ai l'habitude avec le développement psychomoteur, »

M6 : « tu le fais au feeling ! Et puis à mon âge, on le fait au feeling ça ! »

Elle intéressait **plusieurs domaines**, parfois **associés**.

M12 : « C'est une expérience familiale mais surtout professionnelle aussi. »

M13 : « Alors, c'est difficile à dire, entre le développement personnel et le développement professionnel. En général, ils se font en même temps. »

- Expérience professionnelle

L'**expérience professionnelle**, citée par presque tous, semblait être un facteur déterminant pour l'adaptation de la pratique des MG.

M10 : « J'ai l'impression que j'ai appris ma pédiatrie auprès des pédiatres du CHU et au cours de mes remplacements plus que dans les bouquins. »

Cela passait aussi bien par la **reproduction des pratiques observées**, que par la **mémorisation des situations complexes** leur ayant posé souci au cours de leur carrière.

M4 : « après je répète un peu ce qu'on m'a appris quoi ! La manière dont on me l'a appris. »

M9 : « Donc mon expérience personnelle, si j'ai déjà vu des gamins comme ça ou s'il y a eu des trucs, ça va bien sûr ! Je me réfère énormément à mon expérience personnelle ! »

De même, le fait d'avoir **déjà découvert une anomalie de DPM** leur permettait de mieux rechercher certains détails dans leur pratique courante. Cela pouvait également influencer leur choix de prise en charge. Ainsi, M6 expliquait que son bilan complémentaire devant tout retard de DPM comprenait un scanner cérébral car il avait décelé au cours de sa carrière une anomalie cérébrale chez 2 enfants.

M6 : « S'il y a un standard avec un retard, première des choses, je fais la paraclinique. Je fais d'abord un scanner. [...] Cérébral. Voilà, voir si tout est en place. Parce que là je me suis retrouvé dans 2 cas d'anomalies cérébrales. »

Parfois, les médecins apprenaient lors d'une **autre activité médicale** que celle du libéral. Elle venait alors enrichir leur expérience.

M3 : « Je suis médecin de crèche aussi hein. On a souvent le problème qui est pointé en crèche, d'enfants qui sont performants sur un axe et par encore sur l'autre. Donc j'ai appris à relativiser beaucoup. »

- Expérience de la parentalité

L'expérience de la parentalité était évoquée à de nombreuses reprises par les médecins. Elle leur permettait de **consolider leurs acquis** sur le DPM, par son observation au quotidien.

M8 : « J'ai en tête le développement psychomoteur de mes enfants ! [...] ça permet de... de faire l'observation au quotidien ! [...] Elle reste importante. Très clairement, j'ai l'impression. Bah, on est sur une observation au quotidien. J'ai 3 enfants, la dernière à 2 ans. Euh... Oui ! Très clairement, ça... Je suis beaucoup plus à l'aise sur les questions de développement de l'enfant »

Certains médecins pensaient **savoir mieux prendre du recul** lorsqu'ils détectaient un décalage dans le développement d'un enfant par rapport à son âge.

M3 : « Alors j'ai 3 enfants. Donc j'ai eu l'occasion d'observer oui, et puis de relativiser aussi beaucoup. Comme on dit, « avant j'avais des principes, maintenant j'ai des enfants ». Mais c'est vraiment ça ! »

Pour d'autres, le **contact avec les enfants** s'était **amélioré** quand ils étaient eux-mêmes devenus parents.

M13 : « J'ai l'impression que je suis vachement plus à l'aise pour aborder les enfants depuis que j'en ai. [...] Quand j'ai eu mes enfants, c'est vrai que je me suis de suite trouvée plus à l'aise pour examiner les petits. Et au fur et à mesure qu'ils grandissent, je me sens de plus en plus à l'aise pour examiner du plus petit jusqu'à leur âge. »

De plus, être parent leur permettait de **mieux comprendre les parents** et les craintes qu'ils pouvaient ressentir.

M10 : « Déjà, je comprends plus les parents inquiets ! Euh... Donc ça je suis quand même beaucoup plus tolérant. [...] Donc j'ai une meilleure compréhension des parents. Et euh... Et puis de toutes les petites questions qui se posent au quotidien. »

Enfin, en amenant leur propre enfant chez un pédiatre, quelques médecins avaient amélioré leur pratique.

M7 : « Et puis c'est vrai qu'avoir des enfants et les avoir amenés chez le pédiatre (sourire), pour voir un petit peu comment ça se passait, ça m'a beaucoup aidé ! »

- [Expérience personnelle](#)

Enfin, comme le racontaient quelques médecins rencontrés, il arrivait qu'une **expérience personnelle** vienne modifier leur vision sur un problème ou pathologie.

M5 : « C'est simplement parce que moi j'ai un problème de vision en relief, donc c'est vrai que les gamins qui chutent, [...] Mais c'est vrai que je serais beaucoup plus attentive à la vision. [...] Donc c'est vrai que peut être au niveau des yeux, je vais être un peu plus sensibilisée sur les yeux. »

j) [Résumé des actions facilitatrices mises en place par les MG](#)

Tableau 2 : Résumé des actions facilitatrices mises en place par les MG

Organisation réfléchie	Facilités d'accès au spécialiste
<ul style="list-style-type: none"> - Prendre son temps - Planification du suivi dans l'emploi du temps - Rythme de suivi établi - Organisation classique en 3 parties - Evaluation selon le sens clinique du MG 	<ul style="list-style-type: none"> - Sélection des interlocuteurs - Partage des tâches - Place particulière de la PMI : multidisciplinarité, facilité d'accès
Rôles et comportement du médecin	Place de l'argent
<ul style="list-style-type: none"> - Place importante et intérêt du MG pour le suivi - Mise en confiance de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu d'intérêt - Fréquente utilisation des cotations spécifiques - Cotations cohérentes
Les parents, interlocuteurs privilégiés	Formation indispensable
<ul style="list-style-type: none"> - Relation de confiance avec les parents - Parents informateurs - Acteurs de la prise en charge de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation initiale <ul style="list-style-type: none"> o Apprentissage théorique essentiel o Stages obligatoires - Formation continue importante - Transmissions des pratiques
Place des outils dans la pratique des MG	Expérience forgeant les pratiques
<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'outils choisis - Supports qui guident - Rôle clé du carnet de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience professionnelle - Expérience familiale et de la parentalité - Expérience personnelle
Gestion du doute	
<ul style="list-style-type: none"> - Comparaison interindividuelle - Approfondissement de l'examen - Utilisation d'outils standardisés - Suivi rapproché pour voir l'évolution du DPM dans le temps - Orientation vers spécialiste 	

2.2. Difficultés et freins rencontrés par les MG

De nombreuses adaptations et réflexions sur leur pratique ont donc été mises en évidence lors des entretiens avec les différents médecins.

Il est cependant intéressant de relever que ces points évoqués comme facilitateurs par certains étaient, à l'inverse, pointés du doigt par d'autres de leurs confrères comme étant une difficulté dans leur pratique. De même, des adaptations mises en place par les MG entraînaient elles-mêmes des difficultés supplémentaires pour leur quotidien.

Nous allons donc reprendre dans cette partie les différentes difficultés relevées par les médecins lors de nos entretiens.

a) Le manque de temps : principale difficulté des médecins généralistes

Les différents médecins rencontrés au cours des entretiens, sans forcément tous l'expliquer clairement, faisaient émerger une contrainte difficilement modifiable : le **temps**. Certains l'évoquaient parfois comme un **besoin** dans leur pratique tandis que d'autres exprimaient un **manque** de temps.

M1 : « Je pense... C'est assez difficile à faire parce que on est... beh c'est un peu le pendant, on est restreint dans le temps quoi ! »

M9 : « Si on voulait faire un examen complet complet de l'enfant, machin-truc... Il nous faudrait 45 minutes ! Ça serait super long ! »

Cette principale difficulté se rencontrait **dans chaque aspect de la consultation**, aussi bien dans la réalisation de l'examen et le temps qu'il nécessite, que dans l'utilisation de certains outils, mais aussi dans le coût financier que cela peut représenter, ou encore dans le temps nécessaire pour les formations.

M3 : « Ces visites, pour moi c'est une demi-heure. Parce que comme ça j'ai le temps de le faire. Sinon je n'ai pas le temps de le faire. »

M6 : « Mais non, on n'a pas le temps ! [...] Quand on voit 40-50 malades par jour, [...] tous ces outils qui ne servent à rien ! »

M9 : « c'est toujours, il faut le dire... c'est toujours (téléphone sonne mais il ne répond pas) euh, du travail euh... à la perte. On double notre temps, on a les mêmes cotations. Donc voilà. C'est du travail non rémunéré, bénévole. [...] On travaille à l'heure. »

M5 : (en parlant des formations) « Encore faut-il avoir le temps d'y aller »

b) Une certaine difficulté d'organisation

- Planification

Même si la majorité des médecins interrogés rapportait un accès facile à la consultation longue et programmée, d'autres n'étaient pas du même avis. Cela pouvait même représenter une difficulté pour eux. Par exemple, le **manque de confidentialité** ne leur permettait pas de mettre en place un tel dispositif.

M9 : « Il nous est difficile d'organiser nos consultations en fonction des pathologies. [...] quand nos secrétaires demandent pour quel motif c'est, 9 fois sur 10 elles se font envoyer sur les roses en disant « mais c'est confidentiel, c'est machin... ». »

- Multiplicité des tâches

Quelques médecins évoquaient la difficulté que représentait pour eux le fait de ne pas avoir de consultation dédiée. En effet, ils mettaient en avant les **nombreux thèmes à aborder** au cours des consultations de suivi, réduisant ainsi la part pour l'évaluation du DPM.

M4 : « ça fait partie intégrante du suivi du bébé, nourrisson et du plus grand après. Donc après, je ne dédie pas... Je dédie un temps sur chaque consultation au début, après c'est un peu en fonction de ce qu'on repère. Voilà. Mais après c'est aussi important que de regarder si les dents poussent bien quoi ! »

M8 : « ça se mêle un peu avec ces consultations de vaccinations. En tout cas au début. Parce qu'on a tellement de choses... »

Cette difficulté semblait liée au manque de temps déjà évoqué.

M4 : « il y a des fois, on a besoin de prendre du temps. Et qu'il y a plein de sujets qui s'abordent mais qui prennent du temps ! Donc les enfants, et même un peu plus grand, tout ce qui est alimentation et tout ça... C'est important, ça prend du temps et il faut l'aborder. »

- Difficulté de la consultation unique

Quelques médecins, assurant peu de suivis d'enfant, mettaient également en avant leur **difficulté face à la consultation unique** pour l'évaluation du DPM.

M1 : « c'est tellement ponctuel que je trouve que c'est difficile d'évaluer [...] C'est difficile sur une seule fois. »

M11 : « Parce que c'est pas facile de le dépister en 30 minutes de consultation euh... on peut passer à côté. »

c) Faire face à un enfant craintif

Malgré une mise en confiance de l'enfant comme décrit précédemment, les médecins se heurtaient parfois à un **enfant craintif**, impossible à raisonner, compliquant alors grandement leur examen.

M1 : « il y a une réaction de crainte [...] et c'est difficile en un quart d'heure 20 minutes d'établir une relation qui permette une évaluation parfaite. »

M12 : « ce n'est pas toujours facile la coopération avec un enfant. »

Un des médecins évoquait alors le **report de l'examen** à un autre moment, ne pouvant le faire dans ces conditions.

M1 : « Alors je me suis déjà heurtée à une situation où ça n'a pas été possible, avec des enfants complètement braqués, où on a dû repousser un peu. »

L'**âge de l'enfant** était parfois pointé comme étant une **difficulté** supplémentaire pour leur évaluation par les médecins.

M1 : « c'est vrai qu'à partir d'un an et demi, souvent ils sont plutôt craintifs jusqu'à 3 ans et c'est difficile »

M8 : (en parlant des dépistages neurosensoriels) « avant 1 an c'est toujours assez, c'est toujours difficile »

d) Les limites de la participation des parents

Comme vu dans la partie précédente, les parents jouaient un rôle majeur dans la consultation des médecins interrogés mais aussi pour la prise en charge globale de leur enfant. Cependant, les médecins se heurtaient parfois à des difficultés dans leur relation avec les parents.

- Manque d'informations des parents

Parfois, les **parents** semblaient ne **pas être suffisamment informés** des besoins ou des recommandations pour le suivi de leur enfant. Le médecin interrogé lors du 11^{ème} entretien, remettait même en question la connaissance du système de suivi des nourrissons :

M11 : « pour les consultations obligatoires, ils ne savent même pas qu'elles existent. Souvent, c'est euh... « ah oui, au fait, j'ai oublié, il y a ça à remplir ! » à la fin de la consultation... Je ne sais pas. Je trouve que les parents ne sont pas foncièrement au courant de ça et des éventuels problèmes de développement psychomoteur qui puissent exister. »

- Divergence entre l'évaluation des parents et celle des médecins

Une autre difficulté pointée du doigt par quelques médecins était l'**inadéquation** qui pouvait exister entre ce qu'eux notaient du développement d'un enfant et ce que les parents pensaient relever. Cela pouvait remettre en question toute l'importance attachée aux dires des parents.

M3 : « j'essaie, dans la mesure du possible, à la fois de demander aux parents ce que fait l'enfant, ce qu'il sait faire ou ce qu'ils ont remarqué, mais de le re-regarder moi-même, parce que ça correspond pas toujours exactement. Parce que certains parents des fois ont la... ont du mal à faire la part des choses entre ce qu'ils attendent et ce qu'ils voient vraiment ou ce qu'ils interprètent. »

M14 : « C'est des familles, surtout quand il y a un contact avec la PMI et des enfants placés, ils ont plutôt tendance à minimiser : « oui mais de toute façon... non non mais ça à la maison il le fait » Alors que bon, derrière, en consultation, il ne se passe pas grand-chose. »

- Absence de demande des parents

Enfin, certains médecins évoquaient une difficulté supplémentaire lorsque les parents n'étaient **pas demandeurs** d'une prise en charge de leur enfant.

M3 : (en parlant d'un enfant chez qui un retard avait été détecté) « ils ne sont pas demandeurs... Donc c'est dans cette situation-là, c'est un petit peu difficile. »

e) Des outils imparfaits

Malgré les nombreux outils utilisés par les MG, leur utilisation semblait parfois poser difficulté. Pour certains, l'**utilisation** de l'outil s'avérait en elle-même **compliquée**...

M3 : « Je ne suis pas à l'aise avec l'utilisation des lunettes pour les dépistages des troubles de la vision. »

M8 : « Les tests auditifs, mais pff... Je les utilise de moins en moins parce que j'ai du mal à les... Les boîtes de son là. »

Pour d'autres, un **temps d'adaptation** était nécessaire avant qu'ils puissent l'utiliser pleinement.

M6 : (en rapport avec l'informatique) « Au début, je ne savais pas comment le manipuler. Non non mais ça n'a pas été évident notre génération ! »

Il y avait même quelques médecins parmi les plus anciens installés qui ne voyaient **pas l'utilité** de certains outils.

M9 : « avec tous ces outils qui ne servent à rien ! »

M12 : « j'ai un logiciel là, d'aide au diagnostic, mais ça ne sert à rien. »

De plus, le médecin du 9^{ème} entretien exposait son avis quant au **manque d'actualisation** du carnet de santé, avec des questions lors des examens obligatoires qui lui semblaient dépassées aujourd'hui. De même, les certificats obligatoires des 9^{ème} et 24^{ème} mois ne lui paraissaient **pas assez exhaustifs** pour repérer un problème.

M9 : « le questionnaire sur le carnet de santé etc., c'est quelque chose de vraiment de base et c'est un truc de... de réconfort de l'Etat pour dire qu'il prend bien en charge les trucs. C'est pas adapté ! C'est pas adapté... Le monde évolue très vite, il y a l'histoire des écrans là, qui posent problème de plus en plus... [...] (en parlant des examens avec délivrance de certificat) « Mais elle n'est pas assez exhaustive ! Elle ne différencie pas beaucoup de... Elle augmente un peu le nombre de questions etc. Mais enfin, c'est assez rapide, c'est pas...[...] Je trouve pas que c'est beaucoup plus orienter hein ! »

L'utilité des certificats obligatoires était même remise en question par M9.

M9 « sur le questionnaire euh... « l'enfant a besoin d'être contacté par... » je sais plus... le médecin de... « Y a-t-il eu des consultations spécialisées ? », « Faut-il un suivi par la PMI ? ». Il m'est arrivé de cocher et les gens n'ont jamais été contactés. [...] Qu'est-ce qu'on en fait de ces questionnaires ? C'est ça ! Qui les reçoit ? Et les gens qui ne les envoient pas, on ne leur coupe pas les allocations familiales ! Euh... Donc c'est, à mon avis le questionnaire sur le carnet de santé etc., c'est quelque chose de vraiment de base et c'est un truc de... de réconfort de l'Etat pour dire qu'il prend bien en charge les trucs. C'est pas adapté ! »

Enfin, un des médecins, nouvellement installé, mettait en avant son manque de matériel comme pouvant le limiter dans sa pratique.

M11 : « Je suis nouvellement installé donc j'ai pas encore de... D'espace pour les faire jouer ou les faire euh... des jeux pour voir un petit peu les assemblages et tout ça... J'ai pas encore dans mon cabinet. » [...] « Il va falloir que je mette tout un peu à... A prendre possession des locaux et du coup j'aurai un peu plus de matériel pour que les enfants s'amuse. Et du coup, aussi de regarder un peu comment ils... »

f) Difficultés liées au DPM lui-même

- Rareté des situations et manque d'expérience

Une grande majorité des médecins ne semblait **jamais avoir dépisté de retard** chez un enfant dans sa pratique, et ce même avec une longue expérience. Comme le rapportait bien le 14^{ème} médecin, un retard de développement n'est **pas une pathologie si fréquente** que ça.

M2 : « J'ai jamais eu de problème ! Jamais, jamais, jamais, jamais... Je n'en ai pas eu. »

M14 : « Les retards sont quand même l'exception. »

Seuls quelques médecins avaient déjà été confrontés à la **découverte d'une anomalie** au cours de leur carrière.

M4 : « Ça va faire 5 ans que je fais des remplacements et que je suis installé. Et sur les 5 ans, il y a un seul bébé qui a posé problème »

M5 : « beh en fait, ça s'est produit qu'une seule fois. »

Ainsi le **manque d'expérience** pouvait jouer contre les médecins.

M1 : « c'est vrai que moi j'ai un peu la difficulté parce que je ne fais pas trop de suivi d'enfants »

M11 : « Je me dis, moi je ne sens pas... assez compétent... Enfin j'ai pas eu, j'ai pas dépisté de... de retard de développement psychomoteur »

- Difficulté particulière de l'évaluation neurosensorielle

Quelques médecins mettaient en avant leurs **difficultés d'évaluation du développement neurosensoriel** comme l'audition ou la vision chez les enfants en bas âge.

M8 : « Je trouve ça tellement difficile en dessous d'un an de faire un examen auditif, visuel... »

M13 : « aborder l'audition chez les tout-petits, je trouve ça assez difficile »

Ils étaient **pourtant équipés en matériel adapté** pour ce type d'évaluation : cible oculaire, échelle optométrique, boîtes de Moatti ou encore Sensory Baby Test. Cela semblait ne pas être suffisant pour les aider dans cette étape jugée compliquée de leur examen.

M7 : « Ça peut être aussi l'œil de bœuf, par rapport aux premiers mois de vie. »

M4 : « Mais après, le truc de la vue là (montre une échelle accrochée au mur), un peu. On fait le test de vision en mono et binoculaire. »

M13 : « A 9 mois, avec les... je sais plus comment ils s'appellent, là, les petits boitiers qui font du bruit. » (parlant du Sensory Baby Test)

g) Des liens compliqués avec les spécialistes

Malgré une relation forte avec les pédiatres, les médecins se heurtaient quelquefois à des difficultés. Elles pouvaient être de plusieurs ordres.

- Orientation spontanée des parents vers le spécialiste

Dans un premier temps, ils n'étaient parfois **pas à l'origine de la mise en contact** avec les spécialistes, ce qui pouvait alors compliquer leur travail.

M4 : « Les parents étaient très inquiets donc ils ont vu un pédiatre et tout ça. »

M7 : « C'est des enfants qui spontanément sont allés la voir »

- Manque de disponibilité des interlocuteurs

Quelques médecins évoquaient le **manque de disponibilité des spécialistes**, les obligeant à négocier des rendez-vous plus rapides pour leurs patients.

M14 : « par rapport au délai, c'est toujours pareil, c'est aux parents de faire la démarche. [...] Quitte à décrocher le téléphone pour parler aux thérapeutes et essayer de faire accélérer un peu les choses. »

Le 9^{ème} médecin interrogé avouait certaines difficultés pour accéder à l'avis des spécialistes tout en modérant ses propos pour l'activité particulière de la pédiatrie.

M9 : « troisièmement, de la disponibilité de l'interlocuteur. Hein. Qui est finalement, celle qui est positionnée en 3 mais celle qui est la plus difficile à obtenir ! [...] J'avoue que, quand même, en terme pédiatrique, c'est plus facile. »

- Absence de certains spécialistes dans la région

Le médecin du 13^{ème} entretien rapportait également des difficultés pour organiser le suivi des enfants présentant des troubles ORL.

M13 : « je trouve par exemple, que sur Pau, quand on veut faire un dépistage auditif à moins de 3 ans, on ne trouve pas. Il n'y en a pas. Il faut d'adresser au CMPP je sais pas quoi à Bordeaux »

- Problèmes financiers pour régler la consultation

De même, certains médecins évoquaient les difficultés que certains parents pouvaient avoir pour accéder à certains **spécialistes non remboursés**, faute de moyens financiers adéquats. Cela leur posait alors des difficultés pour adapter leur prise en charge.

M14 : « effectivement, on tient compte du contexte socioprofessionnel des familles et on ne peut pas proposer les mêmes choses... enfin... Il faudrait pouvoir proposer les mêmes choses à tout le monde mais ce n'est pas toujours le cas. Donc on essaie de s'adapter. »

- Mauvaise relation avec les spécialistes

Un des MG semblait **ne pas entretenir de bonnes relations** avec les pédiatres libéraux de son secteur...

M6 : « Parce qu'un pédiatre doit être un hospitalier et un vrai spécialiste. Et non un peseur de bébé ! Je le répète. Parce qu'ils pèsent les bébés jusqu'à 5 heures du soir et à 20h30 quand il y a de la pathologie, on me les amène à moi, vieux généraliste. C'est clair ? (intonation un peu agacée!) [...] Vous voyez les rapports que je peux avoir avec les pédiatres de ville. »

- Indépendance du MG

Enfin, pour quelques médecins, une **relation extra-professionnelle ne devait pas venir interférer** dans leur décision, par **souci d'indépendance**. Si tel était le cas, ils jugeaient que leur exercice en était alors modifié.

M6 : « Un réseau que je ne fréquente pas ! Attention. Donc il y a vraiment une coupure [...] Moi je ne mange pas et je ne passe pas mes week-ends avec les spécialistes. Comme ça le lundi matin, on peut leur dire merde s'il y a quelque chose qui ne va pas ! »

M12 : « c'est comme ça pour tous les spécialistes d'ailleurs. Si vous imposez quelqu'un, on croit que vous avez des relations... Je n'ai jamais été dans ce genre de relations professionnelles et amicales. Ça ne m'intéresse pas ça. »

h) Les contraintes du monde libéral

Par leur profession libérale, certains MG interrogés avaient mis en avant des difficultés qui leur étaient propres.

- Contraintes administratives

Une des médecins évoquait les **tâches administratives** comme une **potentielle difficulté**, comme le remplissage des certificats médicaux qui était considéré comme une **charge de travail supplémentaire**.

M5 : « Et puis il y a déjà le certificat médical à remplir, alors si en plus il faut qu'on prenne une heure à faire des choses qui peuvent être faites en PMI parce qu'ils n'ont pas les mêmes aléas de gestion de cabinet que nous on a ... »

- Mise en place des cotations pas si évidentes

Même si beaucoup de médecins utilisaient les cotations spécifiques pour le suivi de l'enfant, certaines contraintes semblaient apparaître :

- **Absence d'addition des cotations** au cours d'une même consultation ;

M3 : « Il y a un truc qui est dommage, c'est que je ne puisse pas cumuler les tests auditifs et visuels sur ces consultations-là alors que c'est le bon moment pour les faire, à la visite des 9 mois par exemple. Parce que, bah je le fais quand même ! »

- **Conditions pour application difficiles à respecter** ;

M13 : « Je cote la visite des 9 mois quand c'est fait, il faut que ça soit fait entre 9 mois et avant 10 mois... Quand ils arrivent, c'est vrai que je l'utilise. [...] Et à 24 mois, pareil. Mais encore faut-il qu'ils m'apportent les enfants dans le bon créneau. »

- **Organisation à revoir en fonction** de ces cotations.

M7 : « effectivement, pourquoi pas prendre plus de temps. Donc ça il faudrait que j'y réfléchisse en fait. Savoir comment je peux m'organiser »

- Rémunération insuffisante

Pour d'autres, la **rémunération** ne paraît **pas suffisante** aujourd'hui, malgré la réévaluation récente.

M5 : « Alors effectivement les consultations de 9 mois et de 18 mois sont cotées différemment parce qu'il y a le certificat médical ! Mais est-ce que ça suffit ? [...] si on avait une consultation qui était digne de... enfin payée un petit peu plus, au lieu de prendre un quart d'heure et... Bon on ne prend pas un quart d'heure ! ça nous permettrait de pouvoir poser justement plus facilement des consultations longues. »

M9 : « c'est toujours, il faut le dire... c'est toujours (téléphone sonne mais il ne répond pas) euh, du travail euh... à la perte. On double notre temps, on a les mêmes cotations. Donc voilà. C'est du travail non rémunéré, bénévole. [...] c'est important. La place de l'argent dans notre quotidien, mais, est essentielle ! On est les libéraux. »

i) Une formation imparfaite

Malgré une formation jugée correcte par certains médecins interrogés, près de la moitié d'entre eux estimaient tout de même **manquer de formation**.

M10 : « on n'a pas eu une formation de pédiatre. Donc... On a fait 6 mois de pédiatrie sur l'internat, c'est peu. »

M11 : « on n'avait pas eu beaucoup d'enseignements, on va dire un peu transversaux, sur de la pédiatrie un peu générale... euh... Et après, les... j'ai pas eu forcément l'occasion de rattraper dans des stages libéraux à visée ou à orientation pédiatrique en tout cas. »

- Des formations initiales inégales

Quelques médecins, principalement les plus âgés, rapportaient **ne pas vraiment avoir bénéficié d'une formation initiale** tournée vers la pédiatrie.

M6 : « dans les années 70, la psychologie du gosse, heu... on faisait la clinique avant tout hein ! Moi j'ai été à la fac de la clinique. Je n'étais pas à la fac de la psycho et de l'ordinateur. Déjà ! »

M12 : « Parce que tout simplement, on ne m'a pas fait faire de stage en pédiatrie. »

Parmi les autres, certains médecins estimaient présenter des **difficultés malgré cette formation initiale**.

M8 : « Comme je vous disais, c'est vraiment, on sort de l'université, sans être bien à l'aise sur cet examen. »

M14 : « les 1^{er} et 2^{ème} cycles, c'est vrai que c'est très théorique donc on a du mal à percuter et mettre en pratique. Il y a beaucoup de données à... tel âge et tel âge, il fait ci ça ci... je pense que c'est compliqué que tout reste dans la tête tout le temps. »

Elle était même jugée **insuffisante** par quelques-uns.

M9 : « Bah j'ai fait une année de pédiatrie en 4^{ème} année, j'ai fait un stage de... 3 mois ou 6 mois aux urgences pédiatriques à Toulouse. Euh... Point barre. C'est pas très développé. »

M11 : « Elle est insuffisante à mon sens. Enfin, en tout cas, celle qu'on a eue à Toulouse. »

Enfin, quelques médecins évoquaient la **disparité des formations selon les terrains de stage**, pouvant parfois être peu adaptées pour la pratique libérale des MG.

M4 : « Moi j'ai fait 6 mois à Pau en pédiatrie et après je suis passé chez des médecins généralistes qui voyaient beaucoup d'enfants. Donc j'ai été amené à en voir régulièrement quoi ! Et après moi je les ai... Enfin moi j'ai plein de copains qui ne sont pas à l'aise du tout avec les bébés, parce qu'ils n'en ont pas vu, ils n'ont pas fait ou peu de pédiatrie... Ils n'ont pas vu beaucoup de petits quoi. Et donc ils ne sont pas à l'aise avec les tout petits, les moins de 6 mois quoi ! »

M7 : « il faut être, je pense, passé en pédiatrie. Et encore la pédiatrie à l'hôpital, c'est encore autre chose que la pédiatrie libérale. »

- Une formation continue insuffisante

Parmi les plus âgés et non MSU, quelques médecins expliquaient ne **pas avoir mis à jour** leurs connaissances sur le suivi de l'enfant.

M2 : « Il y a des choses qui ont beaucoup changé mais je suis resté sur ça. »

D'autres exprimaient un réel besoin de formations complémentaires.

M7 : « pour pouvoir me former encore plus. Parce que sinon, sans ça, je pense je ne me sentirais pas à l'aise. »

M13 : « Mon côté pro me fait plus pointer mes insuffisances qu'autre chose. J'aimerais beaucoup avoir plus de formations »

Mais certains remettaient en question celles-ci, évoquant notamment le **manque d'approfondissement des formations** pour leur pratique.

M7 : « Au niveau du DU, même s'il était assez pratique euh... sur beaucoup d'aspects, ça a manqué je pense sur le développement psychomoteur. »

M13 : « J'avais fait un DU en plus sur la médecine de l'enfant, ça avait été un petit peu plus abordé mais c'est pareil. C'était assez superficiel et c'est pas quelque chose qui... je trouve qu'on dépiste très très tôt. »

- Des formations complémentaires difficiles d'accès

Enfin, plusieurs médecins relevaient des **difficultés d'accès aux formations** :

- Liées au **financement** ;

M5 : « Encore faut-il que le DPC nous permette d'y aller, puisque là maintenant il n'y a plus de sous donc voilà ! »

- Liées au **manque de temps** et aux **contraintes du libéral** décrites plus haut ;

M14 : « le problème du temps se pose très vite et de trouver les formations. » [...] « Déjà qu'on bataille pour trouver des vacances, si en plus des jours par-ci ou par-là, pour des formations, c'est compliqué de fermer le cabinet pour partir faire une formation sur une journée ou plusieurs jours. »

- Ou encore à la **distance** de celles-ci.

M1 : « Il faudrait qu'il y en ai une à Pau et j'irai ! »

M14 : « C'est vrai que les formations, c'est à perpète à chaque fois, il faut monter à Paris, à Lyon, à Bordeaux... heu... Voilà, quand on a un cabinet, c'est compliqué de s'absenter. »

Un des médecins remettait également en question l'**indépendance des formations proposées par certains laboratoires**.

M6 : « Tu vois, moi les laboratoires je les ai virés il y a 30 ans. Je les ai foutus à la porte ici, parce que je sentais du mercantilisme. Tu vois, ce qui s'est passé toutes ces dernières années, moi je l'ai appliqué dans les années 80. Quand j'ai vu le système, tu comprends ? Tu mangeais le week-end, le jeudi, ils passaient le vendredi et tu étais obligé de prescrire le samedi. Tu vois ? »

j) Des médecins au regard critique

Quelques médecins semblaient avoir **conscience de leurs difficultés personnelles** à repérer un possible retard de DPM.

M12 : « Il faut qu'il ait un gros retard ou vraiment quelque chose qui soit énorme. Parce que sinon, je pense que ça passe... Ça ne doit pas passer les mailles. [...] Dire que c'est moi qui vais découvrir un truc anormal, il faut vraiment que ce soit un truc très lourd. Mais j'espère ne pas passer à côté. »

Quelques-uns jugeaient même leur propre **évaluation** comme **défaillante**.

M5 : « Maintenant que voilà, qu'on me pose la question : est-ce que je fais bien la recherche de troubles du développement chez l'enfant ? Euh... je pourrais dire ben non ! »

M9 : « Sous diagnostiquer. De mon côté. »

- Raisons potentielles des difficultés

Quelques médecins mettaient en avant le **manque d'approfondissement lors de la réalisation** de leur évaluation du DPM comme pouvant limiter leur efficacité à diagnostiquer un potentiel retard.

M5 : « Je n'ai pas de ressenti. Alors après peut-être oui, de me dire que je ne le fais peut-être pas suffisamment à fond, voilà. Donc peut-être un petit manque d'approfondissement. »

Le **manque d'aisance** était aussi souvent relevé par les médecins interrogés, quel que soit leur âge.

M8 : « Le suivi des enfants, ça me semblait quelque chose de compliqué, qu'il a fallu que je réfléchisse, qu'il a fallu que je mette en place. Ou en tout cas, sur lequel je n'étais pas à l'aise ou qui me prenait beaucoup de temps, ou il fallait que je regarde constamment sur un... [...] je n'ai pas encore l'impression d'être très à l'aise. »

De plus, chez les jeunes installés mais aussi chez les médecins peu formés en pédiatrie, un **manque d'expérience** se faisait sentir.

M10 : « Après, j'ai pas une grande expérience parce que j'en suis pas non plus des masses pour le moment. »

- Une grande responsabilité

Plusieurs médecins évoquaient la **lourde responsabilité** que représentait le suivi de jeunes enfants pour eux.

M9 : « On a un rôle de... de dieu tout puissant qu'on nous a donné et que nous donne la caisse primaire d'assurance maladie aussi. Donc euh... déjà, notre boulot, le truc le premier c'est effectivement le **DEPISTAGE** »

M10 : « C'est quand même une lourde responsabilité de suivre des enfants. »

Certains, surtout parmi les médecins nouvellement installés, exprimaient une réelle « **peur de mal faire** ».

M10 : « Je te disais, c'est difficile. Parce que j'ai toujours la peur moi de passer à côté de quelque chose et qu'on s'en aperçoive après trop tard. »

M11 : « Ce qui est plus dur, c'est de passer à côté. D'avoir peur de passer à côté de quelque chose comme ça. »

- Une réelle insatisfaction des médecins

Ainsi, quelques médecins nous confiaient une certaine **insatisfaction** dans leur pratique.

M5 : « C'est plus du « ça a l'air d'aller ». Et c'est vrai que ce n'est peut-être pas satisfaisant. »

D'autres exprimaient un **sentiment d'échec** face à ce type de consultation.

M1 : « C'est plus facile à faire que si c'est un enfant que je vais voir vraiment ultra ponctuellement qui ne me connaît pas, qui arrive réticent avec des parents stressés. Là je ne le vis pas très bien parce que c'est une consultation qui aboutit à pas grand-chose. »

M13 : « Mon côté pro me fait pointer mes insuffisances plus qu'autre chose. J'aimerais beaucoup avoir plus de formations sur... Alors ce qui me titille en ce moment, c'est plus tout ce qui est difficultés scolaires, dyslexique machin. A chaque fois, je me fais surprendre ! Parce que c'est l'école qui renvoie ce genre de gamins que je n'ai pas su... je suis complètement passée à côté parce que je ne teste pas tout ce qui est apprentissage scolaire et tout ça. »

Cela les amenait souvent à **remettre en question leurs pratiques**.

M1 : « Et euh je ne prête pas spécifiquement, enfin peut-être assez attention euh... au développement psychomoteur en me disant que le pédiatre s'en charge. Peut-être à tort hein ! »

M11 : « Je me dis, moi je ne sens pas... assez compétent... [...] c'est quelque chose où j'ai besoin de... je sens que j'ai besoin de me former, c'est prévu »

Mais pour certains, leur **pratique** semblait **limitée** et ne pas pouvoir évoluer autrement pour le moment.

M5 : « Mais pour le moment effectivement, je ne peux pas forcément faire mieux ! De « ça a l'air d'aller » à « ça ne va pas, on se revoit que pour ça ». »

k) Résumé des difficultés soulevées par les MG

Tableau 3 : Résumé des difficultés soulevées par les MG

Manque de temps	
Difficulté d'organisation	Difficultés liées à l'enfant
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de confidentialité lors planification selon motif de consultation - Nombreux thèmes à aborder en consultation - Difficulté de la consultation unique 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire face à un enfant craintif - Certains âges plus difficiles pour l'examen - Examen impossible à réaliser
Limites de la participation des parents	Outils imparfaits
<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information des parents - Divergence d'évaluation parents/MG - Parents non-demandeurs de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation compliquée - Temps d'adaptation nécessaire - Pas d'utilité - Manque d'actualisation

Difficultés liées au DPM lui-même	Liens compliqués avec les spécialistes
<ul style="list-style-type: none"> - Rareté des situations - Manque d'expérience - Evaluation neurosensorielle compliquée 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation spontanée des parents - Manque de disponibilité - Absence de spécialistes dans la région - Non remboursement de certains actes - Mauvaise relation entre spé/MG - Indépendance du MG
Contraintes du monde libéral	Formation imparfaite
<ul style="list-style-type: none"> - Lourdes tâches administratives - Difficulté d'application des cotations - Rémunération insuffisante 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation initiale inégale <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence pour certains ○ Insuffisante pour d'autres ○ Grande disparité selon terrain de stage - Formation continue insuffisante <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence de mises à jour des connaissances ○ Manque d'approfondissement ○ Difficultés d'accès (finances, temps, distance) ○ Soucis d'indépendance vis-à-vis des laboratoires
Regard critique des médecins	
<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés personnelles et évaluation défailante <ul style="list-style-type: none"> ○ Manque d'approfondissement de l'évaluation ○ Manque d'aisance ○ Manque d'expérience - Lourde responsabilité et « peur de mal faire » - Réelle insatisfaction des MG <ul style="list-style-type: none"> ○ Sentiment d'échec ○ Remise en question ○ Pratique limitée 	

2.3. Propositions d'amélioration

Au cours des différents entretiens, certains médecins ont glissé des idées d'amélioration que nous avons essayé de mettre en évidence.

a) Une formation mieux adaptée

Les médecins interrogés montraient un **grand intérêt pour bénéficier d'une formation dédiée** au suivi du DPM de l'enfant.

M9 : « Sur le développement psychomoteur de l'enfant ? Ah oui ! Moi toute formation de toute façon est bien ! Euh... Là- dessus, non ça peut être très intéressant ! »

M14 : « Avant de m'installer, je m'étais toujours dit : oui, je veux faire des formations en pédiatrie pour être vraiment au point »

Cependant, cette formation pourrait être améliorée. Pour cela, un des médecins proposait d'aller **s'inspirer sur le modèle de pays voisins.**

M6 : « des sessions universitaires comme ils font en Suisse, je pense qu'ils font ça en Suisse, les formations universitaires en continu »

En effet, beaucoup souhaiteraient bénéficier d'une **formation plus adaptée à leur exercice de médecine générale.** : rapide, pratique, reproductible, simple.

M1 : « Mais faudrait quelque chose de condensé et vraiment adapté [...] il faut quelque chose qui soit adapté et qui soit reproductible lors d'une consultation de médecine générale. Et pas quelque chose qui nécessite une demi-journée de mis en œuvre quoi. Quelque chose de basique ! »

M5 : « c'est intéressant de nous rappeler... Tant que... Si c'est pas euh, un format universitaire, mais vraiment du... très pratique ! Pratique et des trucs à aller savoir, voilà, « il faut regarder ça », « il faut être sûr que ça »... »

M7 : « ça en fait, je me rends compte, que vraiment au niveau de la pratique, je pense qu'il faut vraiment un cours vraiment QUE sur ça, et vraiment ben c'est le pourquoi, le comment... Aussi comment le rechercher ! Parce que des fois, c'est juste, on te dit « voilà il faut faire ça » et puis en fait, tu ne sais pas comment, au niveau clinique, pendant l'examen, comment faire pour rechercher ça quoi. »

Un des médecins insistait sur **l'importance du système DPC** déjà en place.

M6 : « ça je pense que c'est un système de formations qui doit être nécessaire »

Tout en soulevant la **question de l'obligation d'assister à des formations**, lui-même n'étant pas favorable à ce que cela le devienne.

M6 : « Alors, peut-être pas obligatoire, parce qu'il suffit qu'on m'oblige à faire quelque chose pour que je fasse le contraire. »

b) Des outils plus performants

Quelques médecins évoquaient également de potentielles améliorations à apporter aux outils qu'ils utilisaient déjà.

Le médecin du 9^{ème} entretien nous faisait part de ses questionnements sur l'utilité des questionnaires présents dans le carnet de santé à certains âges clés du développement. Il proposait d'**améliorer les questions**, voire de les changer, en tenant compte des nouvelles problématiques posées par l'actualité.

M9 : « Un questionnaire plus long peut être. » [...] Ah bah ça devrait être dans le carnet de santé ! Je réfléchis aux questions... Et je ne suis pas sûr que ces questions aient été réévaluées depuis 30 ans ! C'est toujours les mêmes ! Euh... ça pourrait être un peu plus peaufiné je pense... [...] Un truc un peu plus développé, un peu plus modernisé quand même. « Est-ce qu'il est sur les écrans ? » ! « est-ce qu'il a euh... une tablette dans la chambre ? » [...] avoir des questionnaires qui aient un sens ! »

Un autre médecin, au cours du 8^{ème} entretien, se posait la question d'améliorer sa pratique en **s'équipant d'un appareil pour réaliser les audiogrammes** dans son cabinet de médecine générale.

M8 : « Je réfléchissais à mettre en place, à m'équiper d'un matériel pour les audiogrammes... Je... ça pourrait être intéressant. [...] une audiométrie comme ça c'est... euh... je pense que c'est quelque chose que je pourrais améliorer ! »

c) Une meilleure information des parents

Un des médecins évoquait le manque d'information des parents, sur le développement de leur enfant mais aussi le suivi existant, comme limitant pour sa pratique. Il proposait quelques pistes pour améliorer cela, comme l'organisation d'une **campagne de prévention**.

M11 : « Que les parents soient un peu plus informés. Qu'il y ait peut-être un peu plus de prévention. Parce que les parents sont... pratiquement pour... Déjà pour les consultations obligatoires, ils ne savent même pas qu'elles existent. Souvent, c'est euh... « ah oui, au fait, j'ai

oublié, il y a ça à remplir ! » à la fin de la consultation... Je sais pas. Je trouve que les parents ne sont pas foncièrement au courant de ça et des éventuels problèmes de développement psychomoteur qui puissent exister. Donc euh... Ouais c'est peut-être plus ça qui serait peut-être intéressant de développer... [...] Par nous, peut-être par des campagnes de prévention un peu plus euh... générales. »

d) Remodelage des consultations et de leurs cotations

Une des médecins proposait également de repenser le suivi du DPM en **créant une ou plusieurs consultations dédiées exclusivement à l'évaluation** de l'enfant. Ces consultations s'accompagneraient alors d'une **cotation particulière**, adaptée au temps pris pour leur réalisation.

M5 : « Si on pouvait donner une consultation mais vraiment posée, et dire à la maman « bah on se voit une demi-heure pour, ou même trois quarts d'heure pour faire le bilan ! », et que ce soit coté 2C, 3C... Bah ça serait effectivement un plus ! [...] Donc si votre thèse peut amener à ce que les autorités se rendent compte que ça serait bien de créer LA consultation à 6 mois, 1 an, 18 mois et 2 ans... et puis même 2 ans ½ et 3 ans de développement psychomoteur ! Bah une cotation de développement à 48€, pourquoi pas ! »

Enfin, une autre MG évoquait la possibilité de **cumuler les diverses cotations** lorsque plusieurs actes étaient réalisés au cours de la même consultation, comme pouvant faciliter sa pratique.

M3 : « Il y a un truc qui est dommage, c'est que je ne puisse pas cumuler les tests auditifs et visuels sur ces consultations-là alors que le bon moment pour les faire, à la visite des 9 mois par exemple. Parce que, bah je le fais quand même ! [...] facturer effectivement ce qu'on fait, ça a quand même du bon dans l'ensemble. »

3. Rappel des principaux résultats

La principale difficulté relevée par les MG interrogés était le manque de temps. Elle semblait venir impacter une grande partie des décisions prises par eux.

Ainsi, les médecins interrogés adoptaient de multiples attitudes pour compenser cette contrainte de temps, mais aussi améliorer leur qualité de consultation et d'évaluation. Il en résultait certaines simplifications de leur exercice mais également de nouvelles difficultés.

Les difficultés rencontrées mais aussi les facilitations développées par les MG sont mises en parallèle dans le schéma suivant.



Figure 1 : Rappel des principales difficultés et adaptations mises en place par les MG

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. *Choix de la méthode*

a) Etude qualitative

Ce travail avait pour but de comprendre les difficultés rencontrées par les MG pour l'évaluation du DPM des enfants de moins de 3 ans. L'objectif n'était donc pas de quantifier avec des statistiques mais de connaître le ressenti des médecins.

Une étude qualitative avec analyse en théorie ancrée était donc la mieux adaptée à notre question de recherche. En effet, cette méthode permet de construire une hypothèse à partir des données collectées sans a priori, afin de les mettre en lien avec les faits observés.

b) Entretiens individuels semi-dirigés

Contrairement au recueil de données par focus group, l'entretien en tête à tête avec le médecin nous semblait plus propice à la confiance, ainsi soustrait à l'influence du groupe. Le choix de rencontrer les médecins sur leur lieu de travail permettait également de garder un environnement serein et connu, créant un climat de confiance.

L'existence d'une trame d'entretien permettait de guider le médecin dans ses propos sans le limiter. Ce guide reposait sur une liste de thèmes à aborder sans pour autant être restrictive. L'enquêtrice restait flexible durant l'entretien, rebondissant sur les sujets abordés spontanément par les médecins interrogés pour les approfondir. Aucun ordre des questions n'était établi à l'avance, cela se dessinait au fur et à mesure de la discussion.

Ainsi les médecins pouvaient se sentir libres d'aborder les sujets qui les intéressent, sans être enfermés dans un cadre trop rigide.

c) Population et recrutement des médecins

À l'aide de l'échantillonnage raisonné, je me suis attachée à varier le plus possible l'échantillon des médecins interrogés. La diversité du panel ainsi constitué a assuré la richesse du contenu des entretiens et permis de trouver une grande variété dans les idées abordées.

De plus, lors du premier contact téléphonique, le type de l'étude et du thème abordé était indiqué au médecin sans approfondir en détails afin de préserver une certaine spontanéité dans les réponses, sans influence par avance.

Enfin, pour des soucis de réalisation, le recrutement ne s'est fait que dans mon environnement géographique proche, région paloise. La différence de point de vue qui peut exister dans les différentes régions de France n'est donc pas explorée ici.

Notre échantillon ne peut donc pas être considéré comme représentatif de la population médicale actuelle. Ce n'est cependant pas un problème pour une étude qualitative qui ne cherche pas à généraliser des résultats mais plutôt à proposer des pistes de réflexion pour la réalisation d'enquêtes quantitatives futures.

d) Modifications de la trame d'entretien

La trame d'entretien a été élaborée après lecture d'une bibliographie sur le suivi du DPM. Mes propres idées ont aussi permis d'en affiner l'élaboration.

Pourtant, le guide d'entretien a été modifié après le 5^{ème} entretien. En effet, comme le permet la méthode qualitative, une amélioration de la grille est possible au cours de la réalisation des entretiens pour pallier les différentes difficultés rencontrées par l'enquêteur et enrichir les réponses des personnes interrogées. Ainsi, les thèmes de relance sur les relations entre professionnels et sur la place de l'expérience des médecins ont été ajoutés. Les questions sur l'organisation des médecins, la gestion de la différence interindividuelle et les formations ont également été retravaillées pour élargir la discussion.

De même, cette trame restant flexible, les questions mal comprises par les médecins interrogés ont pu être reformulées par l'enquêtrice au cours des entretiens, tout en s'efforçant de garder des questions ouvertes au maximum.

e) Réalisation des entretiens

Les dates et lieux de réalisation des entretiens étaient laissés libres aux médecins afin de créer un climat propice à la parole et à la confiance. De même, la durée des entretiens n'était pas fixée à l'avance, laissant libre cours à la pensée des médecins interrogés. Les médecins en étaient prévenus lors du premier contact, leur permettant de choisir le meilleur moment pour s'entretenir avec moi, sans contrainte pour eux.

Une attitude bienveillante et empathique a été adoptée pour chaque entretien, en limitant les remarques pouvant déstabiliser les médecins qui auraient alors pu se sentir jugés dans leur pratique.

1.2. Forces de l'étude

a) Originalité du sujet

La question posée nous a semblé originale. En effet, même si la prévalence des retards psychomoteurs n'est pas aussi élevée que d'autres pathologies, tous les MG sont amenés à évaluer quasi quotidiennement le DPM des enfants.

Quelques études se sont déjà intéressées aux modalités de dépistage des troubles du développement [59-61] ou encore à la faisabilité en pratique de tests de dépistage ciblés [35,39,64]. Mais aucune ne s'est jamais tournée directement vers les médecins en leur demandant quelles étaient leurs difficultés dans leur pratique et comment ils s'adaptent au quotidien.

b) Triangulation du codage

Le codage des données réalisé indépendamment par deux médecins et la mise en commun et concertation de nos analyses réduisent la subjectivité de nos résultats. Les biais d'interprétation sont ainsi limités, permettant de renforcer la validité interne de l'étude.

c) Saturation des données

Aucune nouvelle idée n'a été retrouvée lors de l'analyse du douzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été cependant réalisés, confirmant la saturation des données. Cela vient renforcer la validité externe de notre étude.

1.3. *Faiblesses*

a) Inhérentes à la méthode

- *Absence de généralisation des résultats*

Contrairement aux méthodes quantitatives, les études qualitatives ne permettent ni de généraliser ni d'extrapoler les résultats obtenus. Cela peut être perçu comme un biais.

- *Absence de feed-back*

La technique de feed-back augmente la validité interne du travail du chercheur en proposant un retour d'expérience aux personnes interrogées. Cette présentation des résultats de la retranscription permet de s'assurer de la bonne compréhension du chercheur et de corriger les propos retranscrits au besoin.

Cette technique n'a pas été utilisée pour l'étude pour des raisons pratiques. En effet, les médecins interrogés nous ont fait part de leur difficulté à participer aux nombreuses sollicitations pour des travaux de thèse. Ayant déjà monopolisé leur temps lors de l'entretien,

je n'ai pas jugé raisonnable de programmer un second rendez-vous. De plus, une possibilité d'accès au Verbatim de l'entretien était proposée en introduction de celui-ci, mais aucun médecin ne l'a demandé.

- *Exclusion des médecins remplaçants*

Nous n'avons pas interrogé de médecins non installés pensant qu'ils sont moins souvent confrontés au suivi de jeunes enfants, ou du moins du même enfant dans le temps. Cela peut induire un biais de sélection puisque d'autres difficultés inhérentes au statut de remplaçant et au caractère fugace et ponctuel de leur évaluation auraient alors pu être révélées en les interrogeant.

Ces problématiques nous ont semblé un peu trop éloignées de celle soulevée par notre question de recherche, expliquant pourquoi nous n'avons pas inclus ces médecins remplaçants.

b) Inhérentes à l'enquêtrice

- *Biais d'investigation*

Malgré les efforts d'écoute et de neutralité de l'enquêtrice, il a pu arriver que des questions dites « fermées » soient posées. De même, certains points ont eu tendance à être surexploités lors des discussions, certainement biaisés par les propres avis de l'enquêtrice. Tout comme certaines relances n'ont pas toujours été pertinentes, de peur d'influencer les réponses des interrogés, mais aussi probablement en raison de leur correspondance avec l'avis de l'enquêtrice.

Le manque d'expérience et de maîtrise des techniques d'entretien est à l'origine de ces biais d'investigation. Il en est de même pour le manque de connaissance du langage non verbal. Cette méthodologie d'enquête est très utilisée en sociologie : une rencontre avec un étudiant habitué à ces techniques aurait pu limiter ces biais. On aurait pu envisager avoir plusieurs intervieweurs pour la réalisation des entretiens.

- *Biais de subjectivité et d'interprétation (lors mise en forme des résultats)*

Les biais d'interprétation ont été limités par la triangulation lors du codage des entretiens. Cependant, il en existe certainement d'autres lors de l'analyse des résultats.

En effet, lors du codage des entretiens, nous avons remarqué que nos questions peut-être trop ouvertes entraînaient des réponses intéressantes mais vastes, parfois hors sujet. Nous avons pourtant choisi de coder l'ensemble des Verbatim, d'où une quantité importante de résultats qui n'ont pu être utilisés lors de l'analyse et une plus grande complexité pour la synthèse et

présentation des résultats. Nous avons tenté de trier les informations sans les interpréter mais leur classification est forcément empreinte de notre subjectivité.

c) Inhérentes aux participants

- Biais de déclaration et de mémoire

L'ensemble des informations obtenues découle du discours des médecins et de l'image qu'ils ont de leur pratique. Plusieurs contradictions ont été relevées lors de l'écoute et l'analyse des entretiens. Une vision idéalisée de leur pratique en est probablement une raison. Certains médecins pensent ne pas avoir de difficultés pour l'évaluation du DPM mais questionnés plus précisément, ils avouent ne pas être totalement satisfaits de leur pratique.

Cependant cette limite a moins d'importance dans le cadre d'une étude qualitative qui ne cherche pas à quantifier mais à connaître et comprendre les moteurs adaptatifs et les freins inhérents aux difficultés des médecins pour le suivi du DPM de l'enfant.

- Biais de désirabilité sociale

Il est possible que les médecins aient modifié la présentation de leur pratique lors de l'entretien, étant face à une enquêtrice elle-même MG, à leurs yeux spécialisée dans le domaine de la question.

La réalisation des entretiens de façon individuelle a permis de limiter ce biais en n'exposant pas les propos des médecins interrogés à ceux d'autres pairs, comme lors de focus group.

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Des difficultés souvent connues mais non corrigées

Lors de notre recherche bibliographique au début de l'étude, nous n'avions pas trouvé d'étude qualitative réalisée en France questionnant les médecins sur les freins et facteurs favorisant leur évaluation du DPM des enfants avant l'entrée à l'école. Cependant, d'autres études avaient déjà esquissé des idées sur la question.

Notre étude soulève plusieurs points sensibles pour les MG dans leur évaluation du DPM chez l'enfant d'âge préscolaire. Le manque de temps restait le plus invoqué et semblait impacter une grande partie des adaptations mises en place par les médecins pour améliorer leurs conditions d'exercice mais aussi leur performance. Cet obstacle est souvent retrouvé dans la littérature.

En 2001, l'*American Academy of Pediatrics* a mené une enquête nationale sur échantillon aléatoire auprès des pédiatres effectuant le suivi développemental des enfants avant 3 ans [65].

Le manque de temps était alors reconnu comme une barrière à la réalisation de leur évaluation pour 80% des 794 médecins répondants. De même, dans une étude de 2010 sur la faisabilité des dépistages recommandés chez l'enfant de 2 à 6 ans en médecine générale, Guillemet et ses collègues relevaient déjà une difficulté pour dégager du temps pour faire des consultations spécifiques face à une charge de travail trop importante [59]. Cette contrainte de temps était également retrouvée par Dutel dans son étude sur le ressenti des MG face à la découverte d'un retard du DPM [63].

Dans cette étude, Dutel relevait aussi une grande partie des difficultés mentionnées lors de nos entretiens [63] : manque de formation, réticence à l'utilisation d'outils spécifiques ou encore difficultés d'accès aux spécialistes. Ces contraintes étaient également évoquées par Morel ou Sices [21,39].

Toujours dans le travail de Dutel, les médecins expliquaient leur manque d'aisance par la rareté de la découverte d'un retard de DPM [63]. Dans notre étude, peu de médecins avaient déjà été confrontés à un retard de DPM, générant un manque d'expérience, déploré par certains.

De même, une rémunération insuffisante par rapport au temps consacré au dépistage était constatée par plusieurs médecins, tout comme dans notre étude ou dans bien d'autres textes de la littérature [21,63,65]. Lors de l'enquête de Dutel, menée en 2015, il n'existait pas encore la cotation spécifique pour les examens obligatoires à 8 jours, 9 et 24 mois. Il peut sembler étonnant que les MG de notre étude insistent toujours sur cet obstacle alors que cette cotation existe aujourd'hui. Nous pouvons nous interroger sur l'utilité d'une revalorisation plus globale des consultations en médecine générale et plus précisément sur celles du suivi de l'enfant. Une hypothèse peut donc être soulevée : *la rémunération des MG pour assurer le suivi de l'enfant n'est pas assez importante au vu du temps consacré.*

De nombreuses difficultés présentées par les MG de notre étude ne sont donc pas nouvelles.

Quelques idées soulevées apparaissent tout de même novatrices :

- Limites liées aux parents, interlocuteurs privilégiés dans ce type de consultation, qui ne connaissent pas toujours l'enjeu de l'évaluation du DPM dans la petite enfance et les propositions de suivi de leur enfant ;
- Accès au spécialiste parfois compliqué par le manque de moyens financiers des parents ;
- Difficulté d'organiser sa consultation autour de l'évaluation du DPM face aux multiples prérogatives du MG.

Nous allons maintenant détailler ces idées ainsi que d'autres abordées un peu plus haut.

2.2. *Discussion autour de certaines difficultés*

a) Rôle primordial des parents parfois mis en défaut

Le rôle central des parents dans l'évaluation du DPM de l'enfant est relevé par la majorité des médecins interrogés dans notre étude. A travers la relation de confiance établie avec leur médecin, ils étaient à la fois informateurs et décideurs pour la prise en charge de leur enfant. Cependant, plusieurs médecins ont souligné des difficultés dans cette relation médecin/parents si particulière : le manque de confiance des médecins par rapport au repérage effectué par les parents et le manque d'information de ces derniers.

- Fiabilité des dires des parents

Dans un premier temps, quelques-uns doutaient de la pertinence et de la fiabilité de l'évaluation des parents, qui auraient tendance à minimiser les difficultés de leur enfant. Malgré les éléments du quotidien rapportés par eux, les médecins avaient alors tendance à les vérifier lors de la consultation pour s'assurer qu'il n'y ait pas de « déni » face à un potentiel retard de DPM.

Cette attitude peut sembler surprenante au vu de la littérature. Dans son rapport sur les déficiences intellectuelles de 2016, l'Inserm rappelle que les parents ou tout autre proche de l'enfant sont souvent les premiers à repérer un signe de décalage du DPM [10]. Ce constat a été fait auprès de parents d'enfants souffrant de trouble du spectre de l'autisme. Dans plusieurs études, deux tiers des parents repéraient des difficultés chez leur enfant avant l'âge de 2 ans [66-68]. Il est ainsi recommandé aux professionnels de santé de prendre en considération les doutes et inquiétudes des parents sans les banaliser [10].

S'appuyant sur ce fait, dans sa conclusion sur le dépistage des retards de développement [4], la HAS proposait d'élaborer et de valider des tests simples. Des questionnaires seraient remplis soit par le médecin, soit par les parents avant la consultation. Cette idée vient dans le prolongement de l'étude Epipage qui s'intéressait au devenir des enfants grands prématurés [69]. Des questionnaires parentaux ont été développés à l'occasion afin d'aider les praticiens dans leur évaluation, en association avec leurs observations et examen clinique. Ils sont repris à la fin des recommandations de la HAS mais n'ont pas encore fait l'objet d'études de validation [4]. Sur le même principe, *l'Agès Stages and Questionnaire (ASQ-3)* a été testé auprès de MG français en pratique courante lors d'une thèse quantitative par le Dr Rouvelet [35]. Ce test était jugé faisable et utile par la majorité des médecins interrogés, améliorant la qualité de leur dépistage ainsi que la communication médecin/parents. Ces résultats viennent appuyer la potentielle utilisation de ce test en France, comme il peut déjà être proposé au Royaume-Uni [32]. Cependant, aucun médecin interrogé dans notre étude n'a évoqué avoir recours à ce type de questionnaire. Certains utilisaient le carnet de santé, notamment les indications proposées

lors des examens bénéficiant d'une double page mais cela restait le seul support sous forme de questions aux parents utilisé par les MG de notre étude.

- *Défaut d'information des parents*

Dans un second temps, un des médecins interrogés mettait en perspective la non-information des parents quant au suivi préconisé pour le DPM de leur enfant.

Or, dans le carnet de santé de l'enfant remis aux parents à la maternité [70], il existe de multiples informations sur le sujet. Par exemple, dans sa version de 2006, à la page 17, les 20 examens médicaux obligatoires sont rappelés. Ou encore, des conseils sur le repérage précoce des troubles (vue, audition, langage, troubles de la relation) chez l'enfant sont intégrés au fil des pages.

Pourtant, une étude réalisée en 2012 sur le carnet de santé dans sa version de 2006 rapportait que seulement 39% des parents avaient repéré cet espace. Parmi eux, seulement 72,6% avaient lu au moins un de ces conseils [71]. Ces chiffres viennent conforter l'idée soulevée dans notre étude.

Dans d'autres pays, l'information est délivrée de manière distincte du carnet de suivi de l'enfant. Par exemple, l'Institut national de santé publique du Québec remet gratuitement aux parents, dès la maternité, un guide intitulé « *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* ». Il existe depuis 1977 et il est révisé chaque année depuis 1980 [72]. Toujours au Québec, une étude menée en 2012 explore les différents thèmes que les parents d'enfant de 2 à 5 ans souhaiteraient voir aborder dans un guide du même genre que celui décrit précédemment. Le premier thème que les parents souhaiteraient voir aborder était celui des étapes de développement [73].

En France, on trouve sur le site Ameli de la sécurité sociale bon nombre d'informations sur le suivi de son enfant [74]. Une affiche rappelant l'ensemble des examens de suivi médical de 0 à 16 ans a été créée également en avril 2019 pour présenter l'évolution du nouveau calendrier de suivi [75]. De même, un guide de suivi de l'enfant de 0 à 3 ans est publié par l'Assurance Maladie [76]. Cependant, ces informations supposent un accès et une recherche sur internet, ce qui rend peu probable l'information des parents concernés.

Les freins évoqués par les médecins de notre étude sont donc partiellement retrouvés dans la littérature. La fiabilité des dires des parents n'est plus à prouver, mais les MG peuvent malgré tout douter à certains moments. De même, le manque d'information des parents soulevé ici

devrait être diminué par l'ensemble des outils à disposition, associé au travail des MG eux-mêmes au cours de leur consultation, rôle important rappelé par un médecin de notre étude. Le rôle central des parents dans le suivi de leur enfant semble à consolider auprès des MG français, en s'appuyant par exemple sur les pratiques déjà existantes dans les pays anglosaxons (utilisation de questionnaires parentaux quasi systématiques, guide pour les parents comme pour le médecin).

b) Des outils peu utilisés en pratique

Tous les médecins interrogés dans notre étude rapportaient utiliser des outils pour faciliter leur évaluation du DPM de l'enfant. Ces outils se regroupent en deux catégories : matériel pour la réalisation de l'examen et supports écrits pour le suivi.

- Matériel d'examen

Concernant le matériel, beaucoup des médecins utilisaient des objets non spécifiques au domaine médical (jouets, dessin, cubes...). Cette constatation était la même dans une étude sur la faisabilité des dépistages recommandés chez l'enfant de 2 à 6 ans par les MG [59].

Par ailleurs, plusieurs médecins étaient équipés d'une mallette, type « boîte à outils », qu'ils utilisaient préférentiellement pour la réalisation des examens des 9^{ème}, 24^{ème} et 36^{ème} mois. Cette mallette semble regrouper l'essentiel des outils nécessaires pour la réalisation de ces examens. Certaines limites étaient mises en avant par les médecins la possédant, notamment le manque de formation pour l'utilisation de certains outils. Dans son étude sur la faisabilité de l'examen du 9^{ème} mois en pratique de médecine générale, L. Morel précisait bien qu'une formation préalable était nécessaire pour faciliter son emploi au quotidien [39]. L'utilisation de cette mallette est d'ailleurs recommandée par l'*Association française de pédiatrie ambulatoire* [77]. L'abord de l'examen clinique par le jeu était également souvent mentionné par les médecins de notre étude. En 2013, une équipe française a proposé une liste de jouets et objets disponibles dans le commerce dont l'attrait permettait de faciliter l'interaction avec l'examineur [78]. Peu de difficultés ont finalement été relevées à propos du matériel d'examen, même s'il paraît évident que chaque médecin choisisse celui qui correspond le plus à sa pratique. Quelques-uns avouaient ne pas savoir bien utiliser certains outils de l'évaluation neurosensorielle comme les lunettes bifocales ou les tests auditifs.

- Supports écrits

- ✓ *Carnet de santé*

Contrairement à certains travaux, les médecins de notre étude n'utilisent pas majoritairement le carnet de santé.

En effet, dans une enquête qualitative évaluant le point de vue des MG sur le carnet de santé dans sa version 2006, tous les médecins se servaient de celui-ci, souvent sinon tout le temps, notamment comme support d'information pour le DPM [79]. Le rapport sur l'évaluation du carnet de santé auprès des professionnels menée en 2010 confirme que plus de 95% des MG consultent celui-ci [80]. Pourquoi ne retrouvons-nous pas cette même fréquence d'utilisation ? Peut-être la question initiale « *quelle place ont les outils dans votre évaluation du DPM ?* » a-t-elle été mal interprétée par les médecins, qui n'ont pas pensé que le carnet de santé correspondait à un « outil » ?

Pourtant, pour beaucoup des médecins de notre étude, le carnet de santé servait de guide dans leur évaluation. En effet, il apporte de nombreuses indications au MG sur le suivi du DPM, notamment avec les examens détaillés sur une double page à certaines âges (4^{ème}, 9^{ème}, 24^{ème} mois...) [70]. Dans une étude de 2004, Dauphin constatait déjà que le carnet de santé était mieux utilisé quand les médecins disposaient d'items détaillés à évaluer que lorsqu'ils avaient une page libre devant eux. Il proposait alors d'apporter des améliorations dans le carnet de santé, principalement en rajoutant des questions « dirigistes » pour l'ensemble des examens obligatoires [22]. Une autre étude, menée dans le Vaucluse en 2014, confirmait l'avis favorable des médecins à l'ajout d'un encart d'examen supplémentaire dans le carnet de santé entre 9 et 24 mois [61]. Ainsi, dans la version 2006 du carnet de santé, la double page pour l'examen du 2^{ème} mois a été ajoutée. D'après l'évaluation faite en 2010, elle aurait changé les pratiques de 28,7% des MG [80].

Un des médecins de notre étude s'interrogeait pourtant sur la pertinence des questions à poser aux parents, notamment lors des questionnaires des 9^{ème} et 24^{ème} mois. Il proposait de les rendre plus actuelles, en intégrant le monde qui évolue, par exemple en évoquant la place des écrans dans le quotidien de l'enfant du XXI^{ème} siècle. D'autres propositions d'amélioration ont été retrouvées dans la littérature. Dans une étude de 2010, il était déjà relevé par certains médecins que des items leur paraissaient mal positionnés, comme l'item « pointe du doigt » à 9 mois qui apparaît trop tôt [80]. Il avait pourtant été ajouté volontairement à 9 mois dans la version du carnet de santé 2006, devant l'absence d'examen obligatoire à 12 mois.

Une nouvelle évaluation du carnet de santé, modifié en 2018, semble à envisager. Une version numérique pourrait également être imaginée, à l'ère de l'informatique et du tout dématérialisé.

✓ *Echelles et tests*

Les autres supports écrits, comme les tests diagnostiques (Denver par exemple) étaient encore moins cités par les médecins interrogés. Ce constat reprend les chiffres avancés lors d'une thèse française faisant l'inventaire des outils standardisés présents dans les cabinets de MG [62]. Moins de 10% déclaraient utiliser une échelle de développement. Le principal frein à l'utilisation de tels tests était le manque de temps. Cette même difficulté était également relevée en 2010 par Guillemet, qui ne comptait que 37% des médecins possédant le matériel spécifique pour l'étude du DPM de l'enfant [59].

Ce type d'outils semble trouver sa place dans un dépistage plus approfondi, dépassant probablement le simple repérage attendu des MG [10].

✓ *Aucun support*

Ainsi, la plupart des médecins semblait se fonder essentiellement sur leur ressenti personnel pour évaluer avec plus ou moins de précision le DPM en consultation. Beaucoup n'utilisaient alors aucun outil standardisé pour les aider au repérage d'un retard potentiel. Les supports, comme les échelles de développement, n'étaient utilisés qu'en cas de doute pour la majorité. On retrouve la même problématique dans une revue de littérature américaine de 2007 [21]. Or de nombreuses études ont démontré que le seul jugement clinique d'un médecin est insuffisant pour dépister un retard de DPM [81].

Nous pouvons donc nous demander pourquoi ces tests ne sont pas plus retrouvés en pratique chez les MG. Y aurait-il un manque d'information quant à leur existence ? Ou bien sont-ils jugés peu adaptés à la pratique des MG ?

- *Place d'internet et des logiciels métier*

Enfin, aucun médecin interrogé n'a abordé la place de son logiciel métier dans sa pratique pour le suivi du DPM de l'enfant. Cela est très étonnant quand on sait que 96% des médecins disposent d'un logiciel informatique pour la gestion des patients et que 72% d'entre eux attendent une diminution de la redondance des certains examens médicaux [82]. Concernant le DPM et son évaluation, Oberti comptait plus de 90% des MG intéressés par l'intégration d'un outil à leur logiciel, pour leur rappeler les différents éléments du DPM à évaluer en fonction de l'âge de l'enfant [61].

Dans notre étude, quelques médecins évoquaient tout de même utiliser internet pour s'aider dans leur pratique. Le site « Pédiadoc » était parfois nommé. Développé par une équipe toulousaine, il regroupe différentes informations sur la prise en charge de l'enfants entre 0 et 2 ans en soins de premier recours. Pour chaque âge, les acquisitions du DPM attendues sont

détaillées, reprenant les items du carnet de santé et parfois ceux de l'échelle de Denver ou du test de Brunet-Lézine révisé [83].

Alors qu'il en existe de nombreux, les outils spécifiques à l'évaluation du DPM sont globalement peu mentionnés par les médecins de notre étude. La littérature nous montre que lorsque les outils sont présentés et connus par les MG, ils en sont satisfaits et les utilisent plus facilement.

Quelques médecins soulevaient des difficultés dans l'utilisation de ceux-ci, tels qu'un temps d'adaptation nécessaire ou le manque d'exhaustivité de ces outils. Pourtant, plusieurs études récentes montrent que les MG sont intéressés par des outils utiles et de mise en place facile tels que l'ASQ-3 [35] par exemple.

Il semble donc intéressant de réfléchir à une amélioration de la communication sur les outils disponibles mais également sur un outil utile en pratique courante de médecine générale.

c) Un examen neurosensoriel compliqué

Certains médecins mettaient en avant leur difficulté pour évaluer le développement neurosensoriel chez les enfants, notamment pour l'audition, et ce malgré l'utilisation d'outils adaptés comme le Sensory Baby Test.

Dans son travail de 2016, Delamarche estimait un grand nombre de médecins non satisfaits de leur pratique pour le dépistage auditif. Le manque de temps, de matériel et le coût de ce dernier étaient les facteurs limitant la réalisation de ce dépistage [84]. Par ailleurs, dans sa thèse évaluant la faisabilité de l'examen systématique du 9^{ème} mois du nourrisson à l'aide la mallette décrite en introduction, Morel soulignait déjà une certaine difficulté pour réaliser l'évaluation de l'audition chez les enfants de 9 mois avec le Sensory Baby Test [39]. D'utilisation pourtant simple, des difficultés d'interprétation du résultat étaient rapportées et Morel proposait de mieux encadrer la procédure pour éviter des demandes d'avis spécialisé inutiles.

Sur le plan visuel, Bonneau relevait la persistance de freins au dépistage chez les jeunes enfants, malgré une formation complémentaire sur le sujet. Le caractère chronophage de l'examen ainsi que le manque d'entraînement à l'utilisation des tests spécifiques restaient des barrières [85].

Les médecins de notre étude semblaient également gênés pour l'utilisation de certains outils.

Il peut paraître surprenant que des difficultés persistent alors que, depuis sa version de 2006, le carnet de santé comporte plusieurs items concernant aussi bien la vue que l'audition. Pourtant dans le rapport sur l'évaluation du carnet de santé de l'enfant par les professionnels [80], 1/3 des médecins jugeaient non réalisables ces items, faute de matériel adapté mais aussi face à la

difficulté de réalisation. Etaient alors mises en avant des difficultés pour obtenir une coopération à l'examen chez les plus petits. Cette idée était également soulevée par quelques médecins de notre étude.

Cette difficulté pour l'évaluation neurosensorielle n'est donc pas nouvelle et semble perdurer malgré l'existence de divers outils adaptés. Cela peut-il s'expliquer par un défaut de formation des MG pour l'utilisation de ces derniers ? Une étude complémentaire pourrait être envisagée.

d) Accès aux spécialistes

- Des réseaux de soins à dynamiser

Globalement, les médecins de notre étude semblaient satisfaits de l'accès au spécialiste en cas de problème. Ils avaient tendance à orienter leurs patients principalement vers les pédiatres, libéraux ou hospitaliers. Cette orientation correspond aux préconisations faites par l'Inserm dans son rapport sur les déficiences intellectuelles [10]. Il y est rappelé que les MG assurent le repérage de signes d'alerte et doivent ensuite orienter les enfants vers un spécialiste pour assurer un réel dépistage, comme les pédiatres libéraux ou les médecins de la PMI dont cela reste une des missions.

Il est intéressant de relever le faible nombre de médecins évoquant les centres spécialisés, tels que le CAMSP. Or, d'après le décret de 1976 précisant les missions des CAMSP, il est bien précisé qu'ils doivent assurer le dépistage et le diagnostic précoces des déficits ou troubles, puis participer à la prise en charge de ceux-ci [86]. Mais comme le souligne l'INSERM en 2016, ceux-ci sont souvent débordés et les listes d'attente pour un bilan ou une prise en charge s'allongent [10]. Ainsi, en 2016, le délai moyen d'attente entre le premier contact et le premier rendez-vous était de 64 jours, puis il fallait encore attendre en moyenne 2 mois pour le début de la prise en charge [87].

Peu de médecins dans notre recherche insistaient sur ce délai d'attente pour obtenir un avis spécialisé. Seul l'accès compliqué à certains paramédicaux était abordé. En effet, une réelle pénurie existe en France dans certaines professions, comme les orthophonistes. L'accès aux soins en est alors fortement impacté [88]. De même, des surspécialités médicales (par exemple, les ORL formés en pédiatrie) manquent dans certaines régions comme le soulignait M13.

Enfin, malgré la sélection de professionnels effectuée par les médecins de notre étude, le travail en réseau semblait finalement peu développé. Aucun n'a discuté des réseaux de santé de l'enfant déjà présents sur le territoire. Ce constat rejoint les résultats de plusieurs études [89,90], malgré une pratique des MG souvent déplorée trop isolée.

- Faciliter le financement de l'accès au spécialiste

Malgré le délai d'attente abordé plus haut, quelques médecins interrogés avaient tendance à orienter leurs patients directement vers des spécialistes paramédicaux pour effectuer un premier bilan voire un début de prise en charge. Les psychomotriciens ou orthophonistes sont les plus cités. Cependant, un des médecins émet une difficulté supplémentaire pour cette prise en charge : l'absence de remboursement des consultations auprès des psychomotriciens libéraux. Cette idée n'est pas totalement exacte. En effet, l'Assurance Maladie ne prend pas en charge les consultations auprès des psychomotriciens ou ergothérapeutes libéraux. Il est malgré tout possible d'ouvrir un dossier auprès de la MDPH pour obtenir une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ce sans diagnostic établi précisément [10]. La possibilité d'obtenir un soutien financier par la MDPH ne peut cependant pas répondre à toutes les demandes de bilans et de prises en charge.

Récemment, une nouvelle possibilité de prise en charge a été créée grâce à la « *stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022* », qui repose sur 5 engagements, dont celui d'intervenir précocement auprès des enfants. Depuis fin 2018, des « plateformes d'intervention précoce » sont déployées au fur et à mesure sur le territoire français. Elles ont pour but d'organiser les interventions des différents professionnels libéraux (ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) sans attendre le diagnostic. Dans ce cadre très précis, les familles n'ont plus à avancer de frais grâce à la création du « *forfait intervention précoce* » qui rémunère directement les professionnels concernés [91]. Encore en cours de déploiement, ce dispositif viendra améliorer les conditions d'accès aux soins pour certains patients et répondra à la problématique soulevée dans notre étude.

L'accès aux médecins et paramédicaux spécialistes semble donc complexe, comme le relèvent la littérature et certains médecins de notre étude. Il paraît important de favoriser les échanges entre les MG et les différents intervenants auprès des enfants afin d'assurer une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique en cas d'anomalie du DPM.

e) Des formations à améliorer

- Formation initiale

Dans notre étude, les médecins interrogés mettaient en avant l'importance de leur formation initiale pour leur pratique. Elle se fondait sur un apprentissage théorique du DPM de l'enfant, plutôt en première partie des études, associée à une mise en situation lors des stages, parfois au

cours de l'externat, mais surtout durant l'internat. Certains évoquaient un stage hospitalier, en service de pédiatrie classique ou dans un service d'urgences à orientation pédiatrique. D'autres évoquaient leur stage en ambulatoire voire en PMI. Globalement satisfaits de cette formation initiale, ils éprouvaient malgré tout quelques difficultés.

✓ *Absence de formation initiale pour certains*

Lors de nos entretiens, les médecins plus âgés estimaient ne pas avoir reçu de formation en pédiatrie. Avec la dernière version de la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale publiée en avril 2017 [92], cette difficulté ne devrait plus se rencontrer. En effet, il est prévu, au cours de la phase d'approfondissement, un stage obligatoire en santé de l'enfant. Il peut se dérouler aussi bien en milieu ambulatoire qu'hospitalier, pour tout ou partie seulement. En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir ce stage de manière couplée avec celui portant sur la santé de la femme. Par exemple, pour la subdivision de Bordeaux, au choix de stages pour le semestre débutant en novembre 2019 [93], on dénombrait : 19 postes en stage ambulatoire, 45 en stage hospitalier dédié uniquement à la santé de l'enfant et 36 en stage hospitalier couplé avec la santé de la femme. Soit un total de 100 postes ouverts en pédiatrie, pour un nombre total de 477 étudiants toutes promotions confondues. Avant cette nouvelle maquette, les IMG ne bénéficiaient que d'un seul stage de 6 mois en pédiatrie et/ou gynécologie. Certains n'effectuaient donc pas de stage en pédiatrie, comme évoqué par certains médecins de notre étude.

✓ *Une formation parfois insuffisante*

Parmi ceux ayant bénéficié d'un stage à orientation pédiatrique, certains médecins jugeaient leur formation insuffisante sur le suivi du DPM. Cette idée était déjà relevée dans une thèse menée en 2015 à Lyon auprès des internes en fin de DES [94]. Malgré la satisfaction des IMG pour les formations théorique et pratique reçues au cours de leur internat, plus de 50% d'entre eux éprouvaient des difficultés pour le suivi du DPM. Cette difficulté faisait suite à la même problématique au cours de l'externat, l'apprentissage du développement de l'enfant et son suivi étant rapidement présentés lors des cours de faculté. Il existe pourtant un item spécifique pour l'examen classant national : n°53 « *Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques* » [95]. Peut-être cet enseignement théorique n'est-il pas adapté à la mise en pratique, comme l'évoquait un médecin au cours de nos entretiens.

De plus, pour la formation théorique au cours de l'internat, seuls sont fixés la durée totale et les grands champs d'activités du MG qui devront être abordés [92]. Ainsi, l'enseignement

théorique en pédiatrie est dépendant des modalités mises en place par chaque département universitaire de médecine générale et peut donc être variable d'une faculté à l'autre.

✓ *Des terrains de stage inégaux et la persistance de difficultés*

L'inégalité de formation selon le terrain de stage en pédiatrie était également relevée par certains médecins. Ainsi, certains jugeaient leur formation, souvent hospitalière, inadaptée à la pratique de médecine générale. Ce même constat est fait dans plusieurs études. En 2007, dans un état des lieux du DES de médecine générale [96], le semestre « pédiatrie/gynécologie » était jugé comme le moins adapté à la formation des IMG. Une formation moins hospitalière était alors revendiquée afin de mieux appréhender les soins ambulatoires. Depuis 2010, le stage de pédiatrie peut se faire en ambulatoire mais, comme vu précédemment, peu de postes sont disponibles (moins de 20 par semestre). Pourtant, comme le montrait Besseau dans sa thèse portant sur le sentiment de capacité des IMG à suivre des nourrissons [97], les étudiants effectuant au moins la moitié des stages de leur internat en terrain ambulatoire se sentaient plus capables d'assurer ce suivi. Ce manque de pratique en ambulatoire pourrait expliquer la persistance de difficultés évoquée par quelques médecins de notre étude, malgré une formation jugée de bonne qualité. Ce même constat était fait dans une étude sur les difficultés ressenties par les IMG lors de leurs premiers remplacements [98].

L'amélioration de la formation initiale, en particulier par une orientation préférentielle vers les pratiques de soins primaires et donc sur des terrains ambulatoires, semble donc une hypothèse à explorer. Ainsi, en 2018, depuis la nouvelle maquette des stages du DES de médecine générale, une enquête qualitative en focus group a été réalisée par Daillendourt [99]. Elle s'intéressait aux attentes des IMG sur le stage ambulatoire couplé sur la santé de la femme et de l'enfant. Il en ressortait une demande d'augmentation de durée du stage en pédiatrie avec une association de terrains ambulatoires et hospitaliers pour parfaire l'acquisition des différentes compétences propres à la médecine générale.

- *Formation continue*

Plusieurs médecins de notre étude évoquaient la nécessité d'une formation continue pour le suivi du DPM, même si les repères de ce suivi changent peu. Cependant, certaines difficultés d'accès étaient mises en évidence : le coût de participation, la distance ou encore les contraintes du libéral, comme la difficulté pour se libérer du temps face à l'obligation de permanence de soins.

Dans son travail de thèse, Geeraert interrogeait les MG lorrains sur leur mode de formation continue et les freins potentiels rencontrés [100]. Le manque de temps était le principal facteur limitant : près de 70% des médecins le considéraient comme un frein important sinon majeur. La difficulté de s'absenter du cabinet était mise en avant par 52% des MG. Venait ensuite, dans une moindre proportion, la distance pour 23% et la rémunération n'était quant à elle évoquée comme frein important que par 20% des interrogés.

Enfin, une grande diversité des formations complémentaires était mise en évidence dans les entretiens. Certains privilégiaient l'autoformation, souvent via des sites internet ou bien des sources bibliographiques imprimées, tandis que d'autres participaient à des formations présentiels. Aucune étude n'a prouvé la supériorité de l'une ou l'autre de ces manières d'apprentissage. Une méta-analyse conclut avec prudence que le e-learning serait tout aussi efficace que les autres formes d'interventions, mais rarement supérieur [101]. Le choix de technique de formation fait écho aux difficultés déjà relevées plus haut et au moyen le plus simple de les résoudre. Par exemple, toujours dans le travail de Geeraert, les MG choisissaient moins les formations présentiels universitaires en cas d'éloignement de la faculté [100]. Concernant les formations continues sur le DPM, je n'ai pas trouvé d'étude spécifique mettant en parallèle les différents types de formation existants.

La formation reste donc primordiale pour améliorer les capacités des MG dans l'évaluation du DPM, constat déjà recensé par l'Inserm en 2005 [102]. Pourtant elle semble ne pas être suffisante pour certains. Le fait que les médecins interrogés ici s'appuient principalement sur leur expérience professionnelle pour leur pratique en est un exemple.

Les médecins de notre étude, comme dans la littérature, mettent en avant des possibilités d'amélioration. Peut-être cela permettra-t-il d'accroître le sentiment de confiance des MG pour l'évaluation du DPM au quotidien.

f) Suivi du DPM et rôles du MG

Au cours des entretiens, plusieurs médecins ont mis en avant leur difficulté à aborder le DPM. En effet, celui-ci avait tendance à se perdre au milieu des multiples thèmes à considérer lors des consultations de suivi : alimentation, sommeil, vaccinations... Le manque de temps face à un dépistage parfois compliqué était souvent souligné. Certains semblaient alors ne pas être satisfaits de leur pratique. Un des médecins proposait même la création d'une consultation supplémentaire, dédiée au suivi du DPM.

- *Rythme et rôle du MG à rediscuter*

Cette suggestion remet donc en question le calendrier de suivi de l'enfant proposé par la HAS en 2005 [4], comprenant 20 consultations obligatoires entre 0 et 6 ans avec une évaluation des différents thèmes lors de chacune. Reprenant une des propositions de l'ONDPS en 2013 [103], celui-ci a été retravaillé récemment, voyant diminuer le nombre de consultations de suivi des enfants à 16 [26]. Cette nouvelle disposition est donc à l'opposé de la demande émanant de notre étude puisque les MG auraient souhaité voir augmenter ce nombre.

Avec ce nombre réduit, la France se rapproche maintenant du suivi préconisé dans certains pays anglosaxons, tels que les Etats-Unis avec 14 consultations avant 5 ans [27] ou l'Australie avec ses 10 consultations jusqu'à 4 ans [33]. Mais elle reste encore éloignée des 5 visites avant 3 ans prévues au Royaume-Uni [31].

Ces différences de rythme de suivi s'expliquent par la grande disparité existante entre les systèmes de santé de chaque pays. Ainsi, au Royaume-Uni, les visites de suivi des jeunes enfants peuvent être réalisées par du personnel formé non-médecin, comme des puéricultrices [32]. Cette idée de délégation de tâche était déjà envisagée par l'ONDPS dans son rapport de 2013 sur le suivi de l'enfant [103]. Elle proposait alors de conserver 9 consultations obligatoires du premier mois aux 6 ans de l'enfant qui seraient pratiquées par un médecin (pédiatre, généraliste ou médecin de PMI). Aux autres âges, la surveillance resterait de mise mais les examens seraient plus simples et pourraient être réalisés par des puéricultrices.

Cette potentielle délégation de tâche était évoquée par les médecins interrogés dans notre étude. Cependant elle s'orientait plutôt vers d'autres médecins plus spécialisés, comme les pédiatres, ou alors, pour le suivi du développement visuel, vers les orthoptistes. Aucun n'a évoqué le rôle des puéricultrices dans le suivi d'enfant de moins de 6 ans. Il semblerait intéressant de questionner les médecins, généralistes et pédiatres, sur le rôle que pourraient avoir celles-ci dans le suivi des enfants. Cette délégation de tâche devrait également s'articuler autour du médecin référent de l'enfant, comme préconisé par l'ONDPS [103]. Ce qui est désormais possible avec la mise en place du choix de médecin traitant pour les patients de moins de 16 ans depuis 2016 [45].

- *Un contenu pas toujours adéquat*

D'autre part, il existe déjà des consultations « charnières » pour le suivi du DPM de l'enfant : celles des 9^{ème} et 24^{ème} mois avec la délivrance des certificats de santé obligatoires. Il est surprenant de constater la rareté des médecins interrogés dans notre étude évoquant ces consultations qui devraient être un moment privilégié pour le suivi du DPM. Celles-ci semblent désinvesties par ces médecins. On retrouve le même désinvestissement dans les chiffres relevés

par la DREES en 2012 où seulement 38,6% des certificats du 9^{ème} mois et 30,8% pour le 24^{ème} mois étaient jugés exploitables [53,54]. Ces chiffres ont tendance à rester stables depuis 2006, après un fort abandon au début des années 2000, puisque que les taux de réception en 1998 pour les 9^{ème} et 24^{ème} mois étaient respectivement de 71,1% et 66% [53,54,104].

L'objectif individuel de ces 2 certificats de santé obligatoires était initialement de surveiller certains enfants à risque et de dépister tôt les anomalies de développement dans le but d'instaurer une prise en charge précoce [104]. Or, comme le soulevait un des médecins interrogés, ce rôle semble parfois oublié. Dans une thèse qualitative menée en Seine-Maritime en 2015, l'intérêt individuel des certificats obligatoires était également remis en question par quelques médecins, jugeant ces certificats inutiles pour organiser le suivi de l'enfant [105].

Pour le suivi du DPM, ces consultations obligatoires trouvent cependant un équivalent au Royaume-Uni avec les 2 consultations d'évaluation du DPM entre 9 et 12 mois puis entre 24 et 30 mois [31]. Au Canada, la consultation des 18 mois est la seule retenue comme primordiale pour le suivi du DPM [19].

Il semblerait intéressant de rediscuter le fond et la forme de ces examens avec délivrance de certificats obligatoires en France afin de mieux répondre aux besoins des MG sur le suivi du DPM.

Le suivi du DPM de l'enfant semble donc acquis par les MG mais des difficultés persistent dans sa mise en œuvre. Le nombre des consultations obligatoires diminue mais les questions à aborder sont toujours plus nombreuses. Comme un médecin de notre étude le soulignait, il semble intéressant de repenser ce suivi pour faciliter le travail des MG.

3. Perspectives

3.1. Propositions d'amélioration

Notre étude met donc en évidence plusieurs besoins pour l'évaluation du DPM de l'enfant, qui diffèrent d'un MG à l'autre. Une amélioration de chaque point est à envisager, tout en sachant qu'il ne peut exister une solution unique pour chaque difficulté soulevée.

a) A l'échelle du praticien

Les différentes difficultés développées par les MG de notre étude ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population médicale française. Pour faire suite à cette enquête qualitative, nos hypothèses doivent être corroborées par une recherche quantitative pour s'assurer de la

représentativité de ces difficultés à une échelle plus grande, départementale, régionale ou même nationale.

De même, au cours de notre étude, nous avons pu remarquer qu'un grand nombre de médecins adaptaient leur évaluation aux diverses contraintes rencontrées. Ces adaptations soulignent l'intérêt et la motivation des MG pour le suivi du DPM des enfants. Elles pourraient faire l'objet d'une recherche spécifique pour mieux les visualiser et proposer une « organisation type » du suivi du DPM. Ainsi chaque médecin pourrait puiser des idées pour sa pratique, selon ses propres besoins et centres d'intérêt.

b) A l'échelle des facultés

La formation initiale des IMG peut être améliorée en favorisant l'ouverture de stages ambulatoires orientés sur la santé de l'enfant, tout en conservant une certaine activité hospitalière (comme un passage régulier aux urgences pédiatriques par exemple).

De plus, les formations complémentaires sur le DPM pourraient davantage s'articuler autour des besoins du MG dans le but d'améliorer sa pratique.

c) A l'échelle nationale

- *Développer des outils pratiques*

Au vu de la littérature et des pratiques retrouvées dans notre étude, le développement d'un outil adapté à la consultation de médecine générale semble nécessaire. Simple, rapide et le plus exhaustif possible, il permettrait au MG de plus facilement repérer une anomalie de DPM. Cette proposition reprend une idée émise par la HAS, qui souhaitait développer des tests de dépistage simples pour des âges clés [4], sous forme de questionnaires parentaux comme ceux utilisés dans les pays anglosaxons [19,30,32,33].

A défaut d'un seul outil de repérage, il serait intéressant de hiérarchiser l'utilisation des tests et échelles déjà disponibles : certains à utiliser pour un bilan systématique de repérage, d'autres pour l'examen plus approfondi selon les besoins du MG lors de sa consultation.

- *Améliorer la communication*

Les MG de notre étude semblaient ne pas tous connaître les recommandations et différents outils disponibles pour les aider dans leur pratique. Il paraît donc nécessaire de mieux communiquer auprès d'eux sur ces sujets.

De même, une meilleure information des parents quant au suivi de leur enfant est à développer. Plusieurs idées peuvent être suggérées comme la remise d'un livret explicatif à la maternité, ou

bien la mise en place d'un système de rappels (par SMS ou courrier), comme il en existe pour les consultations dentaires de l'enfant [106], ou encore l'élaboration d'une campagne publique (telle que celle débutée avec les nouveaux examens obligatoires).

Un nouveau travail devrait également être effectué sur le réseau d'aval et la coordination entre les MG et les différents acteurs de la prise en charge de l'enfant afin d'améliorer les délais entre le 1^{er} repérage d'une anomalie et le début des « soins » adaptés à l'enfant.

- Réviser la politique de santé

Soulignée par plusieurs médecins de notre étude, une révision des cotations spécifiques est à envisager. On pourrait imaginer la création d'autres examens obligatoires avec une rémunération majorée, comme suggérée par l'HAS en 2005 déjà (à 4 mois, 3-4-6 ans par exemple) [4]. De plus, certains soins effectués en libéral mais non remboursés actuellement (bilan et rééducation par un psychomotricien, ergothérapeute) devraient être pris en charge plus facilement par notre système de sécurité sociale.

Enfin, notre étude soulève l'hypothèse suivante : les médecins souhaiteraient pouvoir évaluer le DPM lors d'une consultation dédiée à cet effet. Après vérification de cette hypothèse par une étude quantitative, une révision du calendrier de suivi de l'enfant pourrait avoir lieu, avec la création d'une ou plusieurs consultations dédiées uniquement au suivi du DPM. Elles pourraient alors être réalisées par un médecin (MG, pédiatre, médecin de PMI) ou bien par un autre professionnel de santé (puéricultrice ou assistant médical).

3.2. *Mise en perspective*

Une grande partie de ces améliorations étaient déjà proposées en 2004 par l'Inserm : « *Le travail du groupe d'experts débouche sur des propositions de recommandations concernant l'information et la formation des professionnels et des familles pour un meilleur repérage des troubles du développement, l'utilisation d'outils pour un dépistage précoce, la promotion d'une plus grande coordination des différents acteurs dans les programmes de prévention et de soins.* ». [3]

Face aux nombreuses réflexions menées, la place du MG dans le suivi de l'enfant semble à améliorer et consolider. Notre système de soins est en pleine mutation et il paraît indispensable de réajuster les rôles du MG. Comme évoqué précédemment, le manque de temps impacte l'ensemble des pratiques médicales. Plusieurs propositions de transfert de compétences ont été faites par les responsables politiques, certaines sont déjà mises en pratique (par exemple avec

la vaccination antigrippale réalisée par les pharmaciens et infirmiers libéraux) et d'autres sont en cours de déploiement.

Il paraît également intéressant d'envisager une restructuration du suivi de l'enfant et particulièrement pour l'évaluation du DPM. Une délégation de tâche pourrait être envisagée vers les puéricultrices, ou même les futurs assistants médicaux. Leur mission serait de tester les différentes acquisitions de l'enfant à l'aide d'outils standardisés. Le MG se placerait alors en « garant » de cette évaluation et garderait son rôle de coordination en orientant secondairement les enfants nécessitant une prise en charge adaptée.

Enfin, à l'échelle nationale, le suivi des nouveau-nés vulnérables se structure avec la mise en place de réseaux (comme le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine) où le rôle des MG reste à définir.

CONCLUSION

Le suivi du DPM des enfants en bas âge n'est pas une tâche aisée. Les médecins interrogés dans notre étude semblaient malgré tout très impliqués pour son bon déroulement, comme décrit à travers toutes les adaptations développées au cours de leur expérience.

Ils exprimaient tout de même de nombreuses difficultés dans leur pratique. Celles-ci provenaient principalement du manque de temps, critère soulevé par tous mais qui se retrouve pour chaque motif de consultation en médecine générale.

Les autres difficultés évoquées étaient principalement le manque de confiance malgré une formation jugée plutôt adéquate, le manque d'expérience mais surtout la difficulté face à une situation rare qui met dans l'embarras lors de sa découverte.

De nouvelles idées faisaient également surface :

- La difficulté d'évaluer le DPM au milieu de multiples autres sujets également importants à aborder au cours d'une même consultation ;
- Le défaut d'information des parents ;
- Des soucis d'accès par manque de financement pour certaines spécialités paramédicales.

Notre recherche pourrait ainsi être le point de départ pour de nombreuses questions de recherche :

- Comment améliorer les formations sur le sujet pour que les MG se sentent plus à l'aise dans leur pratique après les avoir suivies ?
- Comment permettre au médecin de gagner du temps lors de son évaluation du DPM ?
- Comment mieux impliquer les parents dans le suivi de leur enfant et les sensibiliser pour qu'ils évoquent leurs questions et interrogations avec leur médecin ?

Certains médecins de notre étude ont soulevé la question d'une consultation uniquement dédiée au suivi du DPM avant 2 ans. Celle-ci pourrait s'envisager pour la visite des 18 mois, âge propice pour détecter un bon nombre d'anomalies et orienter sans perdre de temps pour la suite du parcours de l'enfant.

Tourmenté par la réforme du système de soins en France, l'exercice du MG pour le suivi du DPM des enfants pourrait être facilité par quelques mesures, comme celle de la délégation de certaines tâches à d'autres professionnels formés (puéricultrice ? auxiliaire de santé ?). Il paraît néanmoins évident que la place du MG est à consolider, notamment à travers de nouveaux réseaux tels que ceux qui voient le jour pour le suivi des nouveau-nés vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bellman M, Byrne O, Sege R. Developmental assessment of children. *BMJ*. 2013;346:e8687.
2. Lion François L, des Portes V. Les grandes étapes du développement psychomoteur entre 0 et 3 ans. *Rev Prat*. 2004;54:1991-7.
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Expertise collective. Paris: Inserm; 2004.
4. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinés aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique. HAS; 2005.
5. Bourrillon A, Benoist G. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Dans: Bourrillon A, Benoist G, Pédiatrie. 5th ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. p.55-73.
6. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. CIM-10 FR à usage PMSI, 10^{ème} révision, France. ATIH; 2019.
7. Organisation mondiale de la Santé. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) [Internet]. Genève: OMS; 2018. [consulté le 17/01/2020]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
8. American Psychiatric Association. Troubles neurodéveloppementaux. Dans: American Psychiatric Association. DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux:Elsevier Masson;2015. p.33-101.
9. Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée. 5^{ème} ed. 2012.
10. Inserm. Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Paris: Inserm; 2016.
11. Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal. Rapport d'activité 2018 : Handicaps sévères et mortinatalité. RHEOP; 2018.
12. Delobel M, Klapouszczak D, Ehlinger V, Arnaud C. Registre des Handicaps de l'Enfant en Haute-Garonne. Rapport d'activité : Générations 1986-2004. RHE31; 2014.
13. L'Assurance maladie. Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée. Prévalence des ALD en 2017 [Internet]. Assurance maladie; 2018. [consulté le 17/01/2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance->

maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php

14. HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement : état des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. Synthèse. HAS; 2010.
15. Inserm. Troubles spécifiques des apprentissages [Internet]. Inserm; 2019. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-specifiques-apprentissages>
16. Conférence nationale de santé. Avis du 21 juin 2012 sur le « dépistage, diagnostic et accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant ». CNS; 2012.
17. Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;11:CD005495
18. Australian Health Ministers' Advisory Council. National Framework for universal Child and Family Health Services. Department of Health and Ageing; 2011.
19. Williams R, Clinton J. Bien faire ce qu'il faut à 18 mois : en appui au bilan de santé amélioré. Paediatr Child Health 2011;16(10):651-4.
20. Inserm. Santé de l'enfant. Proposition pour un meilleur suivi. Paris: Inserm; 2009.
21. Sices L. Developmental screening in primary care : the effectiveness of current practice and recommendations for improvement. New York: The Commonwealth Fund; 2007.
22. Dauphin JB. Intérêt du carnet de santé pour le médecin généraliste dans le suivi du développement psychomoteur de l'enfant de la naissance à deux ans [Thèse de doctorat en médecine, spécialité Pédiatrie]. Clermont-Ferrand : Université Clermont-Ferrand 1; 2004.
23. Code de la santé publique. Article R2132-1 [Internet] (en vigueur du 27 mai 2003 au 1^{er} mars 2019). [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=76D704244FEF20879A4137B2506A6A2C.tplgfr30s_1?idArticle=LEGIARTI000006911311&cidTexte=LEGITEX000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20190228
24. Loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire des certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs [Internet] (J.O. 17 juillet 1970). [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000874473&pageCourante=06657

25. Code de la sécurité sociale. Article L533-1 [Internet] (version en vigueur du 19 décembre 2003 au 22 décembre 2007). [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=76D704244FEF20879A4137B2506A6A2C.tplgfr30s_1?idArticle=LEGIARTI000006743337&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=20071221
26. Code de la santé publique. Article R2132-1 [Internet] (version en vigueur au 1^{er} mars 2019). [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006911311&dateTexte=&categorieLien=cid>
27. American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care – Periodicity Schedule. AAP; 2019.
28. Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives for children with special needs projects advisory committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home : an algorithm for developmental surveillance and screening. Pediatrics. 2006;118(1):405-20.
29. Rourke L, Leduc D, Rourke J. 2017 Rourke baby record literature review reference table [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : http://www.rourkebabyrecord.ca/literature_review
30. Rourke L, Leduc D, Rourke J. Relevé postnatal Rourke : Suivi probant de la santé des nourrissons et des enfants. 2017. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.cps.ca/fr/tools-outils/releve-postnatal-rourke>
31. Department of Health, Department for Children, Schools and Families. Healthy Child Programme: Pregnancy and the first five years of life. London: DH ; 2009.
32. National Health Service. Your baby's health and development reviews [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/baby-reviews/>
33. Department of Education and Early Childhood Development. Maternal and Child Health Service : Practice Guidelines. Melbourne, Victoria : Department of Health and Human Services ; 2009.
34. Verrez A. Echelles de Bayley et de Brunet-Lézine : évaluation comparative des acquisitions motrices chez le nourrisson [Mémoire DE psychomotricienne]. Toulouse : Université Paul Sabatier; 2014.

35. Rouvelet L. Etude de faisabilité d'un test de dépistage des troubles du développement psychomoteur, tel que l'ASQ3, lors de l'examen systématique du 24ème mois de l'enfant, en pratique quotidienne de médecine générale [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Toulouse : Université Paul Sabatier; 2016.
36. Robins D, Fein D, Barton M, et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord.* 2001; 31(2): 132-44.
37. HAS. Trouble du spectre de l'autisme : des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires. Fiche de synthèse destinée aux professionnels de 1^{ère} ligne. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. HAS; 2018.
38. Buisson G. Examens systématiques des enfants de 9-24 et 36 mois. Présentation de la mallette. *Mt pédiatrie.* 2016; 19(2): 153-9.
39. Morel L. Réalisation et faisabilité de l'examen systématique du 9ème mois du nourrisson en pratique quotidienne de médecine générale à l'aide d'outils standardisés de dépistage [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2010.
40. L'Assurance Maladie. CCAM en ligne. Fiche d'acte abrégée. CODE : CDRP002 [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=CDRP002>
41. Arrêté du 10 mars 2004 définissant la liste des disciplines du troisième cycle des études médicales [Internet] (JORF n°68 ; 20 mars 2004). [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613431&categorieLien=id>
42. WONCA, EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA ; 2002.
43. Code de la santé publique. Article L4130-1 [Internet] (version en vigueur au 28 janvier 2016). [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
44. Code de la sécurité sociale. Article L162-5-3. [Internet] (version en vigueur au 17 janvier 2020). [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006186122&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

45. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). [Internet] (JORF n°0022 ; 27 janvier 2016). [consulté le 16/01/2020] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
46. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2018 – La fécondité baisse depuis quatre ans [Internet]. Insee ; 2019. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693>
47. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Pyramides des âges par état matrimonial 2018 – France [Internet]. Insee ; 2019. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418114>
48. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018. CNOM ; 2018.
49. DREES. Tableau 1 : effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>
50. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016. CNOM ; 2016.
51. CNAMTS. La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans en France. Point de conjoncture. 2002;7 :19-27.
52. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Études et résultats - Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES [Internet]. DREES ; 2007 [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>
53. Collet M, Vilain A. Le deuxième certificat de santé de l'enfant [certificat au 9^{ème} mois (CS9)] – 2012. Série Sources et méthodes – DREES. 2014;47:1-137.
54. Collet M, Vilain A. Le troisième certificat de santé de l'enfant [certificat au 24^{ème} mois (CS24)] ; Validité 2012. Série Sources et méthodes – DREES. 2014;48:1-141.
55. L'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018 [Internet]. Dossier de presse ; Avril 2019. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Rosp_2018_-_25042019.pdf
56. Haut Conseil de la santé publique. Consultations de prévention : Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement ; 2009.
57. Combes E. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant la réalisation et la coordination, avec la Protection Maternelle et Infantile, du Bilan de santé chez les

- enfants de 3- 4 ans. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Sud Gironde [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Bordeaux : Université de Bordeaux – UFR des Sciences médicales ; 2016.
58. Etienne B, Durand C, Lottin A, Abraham L. Suivi des nourrissons de 0 à 6 mois : auto évaluation et avis des professionnels. Rencontres Prescrire : 23-24 mai 2014; Paris.
 59. Guillemet J-M, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. *J Pédiatrie Puériculture*. 2010;23(3):125–30.
 60. Viollet E. Dépistage des anomalies de l'examen psychomoteur de l'enfant entre 28 jours et 6 ans par le médecin généraliste [Thèse de doctorat en médecine, spécialité Médecine générale]. Marseille : Université de la Méditerranée ; 2009.
 61. Oberti C. Evaluation du suivi du développement psychomoteur de l'enfant d'âge préscolaire chez les médecins généralistes du Vaucluse et proposition d'éléments d'aide à la prise en charge [Thèse de doctorat en médecine, spécialité Médecine générale]. Marseille : Faculté de Médecine ; 2014.
 62. Brun A. Inventaire des outils standardisés de dépistage des anomalies du développement psychomoteur des enfants de moins de cinq ans. Enquête descriptive auprès de médecins généralistes du Languedoc Roussillon [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Montpellier : Université Montpellier 1; 2011.
 63. Dutel E. Attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur chez l'enfant : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2015.
 64. Petruka J. L'évaluation du langage oral chez les enfants de deux ans par le médecin généraliste : pratiques actuelles et avis sur l'utilisation de l'Inventaire Français du Développement Communicatif version courte de 24 mois [Thèse de doctorat en médecine]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2014.
 65. Halfon N, Hochstein M, Sareen H, O'Connor K, Inkelas M, Olson L. Barriers to the provision of developmental assessments during pediatric health supervision. *American Academy of Pediatrics - Periodic Survey*. 2001;46.
 66. De Giacomo, A., & Fombonne, E. Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(3):131–6.

67. Chawarska, K., Paul, R., Klin, A., Hannigen, S., Dichtel, L. E., Volkmar, F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2007;37(1):62–72.
68. Lemcke S, Juul S, Parner ET, Lauritsen MB, Thorsen P. Early signs of Autism in Toddlers : a follow-up study in the Danish National Birth cohort. *J Autism Dev Disord* 2013;43(10): 2366-75.
69. Epipage 2. L'étude Epipage 1 [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etude-epipage1>
70. Ministère de la Santé et de la solidarité. Carnet de santé. 2006.
71. Duburcq A, Courouve L, Vanhaverbeke N. Evaluation auprès des parents du carnet de santé n°CERFA 12593*01 (modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006). DGS ; 2012.
72. Doré N, Le Hénaff D. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères. Institut national de santé publique du Québec ; 2019.
73. Lévesque S, Poissant J. Besoins d'information des parents sur la santé, le bien-être et le développement de leur enfant de 2 à 5 ans. Institut national de santé publique du Québec ; 2012.
74. Ameli. 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. L'Assurance Maladie ; 2019. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/pau/assure/sante/themes/suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
75. Ameli. Examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. L'Assurance Maladie ; 2019. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/537227/document/calendrier_des_examens_de_suivi_de_lenfant_1_page.pdf
76. L'Assurance Maladie. J'accompagne les premiers pas de mon enfant : 0 à 3 ans [Internet]. Mon parcours santé. Ameli. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4086/document/guide_de_0_a_3_ans_j_accompagne_les_premiers_pas_de_mon_enfant_assurance_maladie.pdf
77. AFPA. Suivre le développement et les apprentissages [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://afpa.org/dossier/suivre-developpement-apprentissages/>
78. Vasilescu C, Van Overbeke V, Zupan-Simunek V. Une mallette de jeux du pédiatre : exemple d'un outil de base pour l'approche du développement global chez l'enfant entre zéro et quatre ans. *Arch Pediatr.* 2013 ; 20 :694-9.

79. Cotasson E. Evaluation de la dernière version datant de 2005 du carnet de santé des enfants par des médecins généralistes parisiens [Thèse de doctorat en médecine, spécialité Médecine générale]. Paris : Faculté de médecine Xavier-Bichat ; 2010.
80. Duburcq A, Courouve L, Vanhaverneke N. Évaluation du carnet de santé N°CERFA 12593*01 (Modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006). DGS ; 2010.
81. Hix-Small H, Marks K, Squires J, Nickel R. Impact of Implementing Developmental Screening at 12 and 24 Months in a Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2007;120(2):381–9.
82. Ipsos. Les médecins à l'ère du numérique [Internet]. Ipsos ; 2017. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-medecins-lere-du-numerique>
83. Pédiadoc. La santé de l'enfant en soins de premier recours [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://pediadoc.fr/>
84. Delamarche A. Pratique du dépistage auditif chez l'enfant par les médecins généralistes d'Ille et Vilaine lors des certificats obligatoires du 9^{ème} et du 24^{ème} mois [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2016.
85. Bonneau E. Dépistage visuel précoce chez l'enfant de moins de 3 ans : impact d'une formation médicale continue sur la pratique et la faisabilité des tests de dépistage visuel en médecine générale [Thèse de doctorat en médecine]. Paris : Université Paris 7 – Denis Diderot ; 2010.
86. Décret n° 76-389 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux par l'annexe XXXII bis concernant les conditions techniques d'agrément des centres d'action médico-sociale précoce [Internet] (J.O. 4 mai 1976). [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000678710&pageCourante=02683
87. Moualek J, Roux C. Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Synthèse nationale des rapports d'activité 2016 [Internet]. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; 2018. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/ra_camsp_2016_vf.pdf
88. Fédération nationale des orthophonistes. La réponse à la demande de soins en orthophonie : un enjeu majeur de santé publique, une nécessité pour notre profession, une priorité de la FNO [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2019/01/NS20180517_Acces_Orthophonie_maj_janvier2019.pdf

89. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et l'adolescent. Paris: La Documentation française; 2006. Commandité par le Ministère de la santé et des solidarités.
90. Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, Gerbaud L, Lémery D. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. J Gynécol Obst Bio R. 2009;38(7):559-73.
91. Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. Engagement 2 : intervenir précocement auprès des enfants [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/agir-pour-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/la-strategie-nationale/article/engagement-2-intervenir-precocement-aupres-des-enfants>
92. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. JORF n°0089 ; 14 avr 2017 [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758&categorieLien=id>
93. ARS Nouvelle Aquitaine. Internat en médecine, pharmacie et odontologie – Subdivision de Bordeaux [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/internat-en-medecine-pharmacie-et-odontologie-subdivision-de-bordeaux>
94. Novello D. Suivi des nourrissons (0 à 2 ans) : auto-évaluation et compétence ressentie des internes de médecine générale en fin de DES. Etude descriptive transversale à partir de 169 questionnaires [Thèse de doctorat en médecine]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2015.
95. HAS. UE3 : Maturation – Vulnérabilité – Santé mentale – Conduites addictives [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608438/fr/ue-3-maturation-vulnerabilite-sante-mentale-conduites-addictives
96. Angot O. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises [Thèse de doctorat en médecine]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2009.
97. Besseau F. Appréciation du sentiment de capacité des internes de médecine générale à suivre un nourrisson de 0 à 2 ans : enquête d'auto-évaluation auprès des internes validant leur DES en 2015 à Angers [Thèse de doctorat en médecine]. Angers : Université d'Angers ; 2016.
98. Viellard M. Difficultés ressenties par les internes de médecine générale lors de leurs premiers remplacements : intérêt du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie

- supervisée (SASPAS). Etude qualitative réalisée auprès de jeunes médecins de la région Lorraine [Thèse de doctorat en médecine]. Nancy : Université de Lorraine ; 2014.
99. Daillencourt F. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie ? [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes : Université Bretagne Loire ; 2018.
 100. Geeraert M. Evaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains [Thèse de doctorat en médecine]. Nancy : Université de Lorraine ; 2017.
 101. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-Based Learning in the Health Professions : A Meta-analysis. JAMA. 2008;300(10):1181-96.
 102. Livinec F, Kaminski M, Bois C, Flahault A. Dépistage des déficiences de l'enfant en médecine générale. Sentiweb-hebdo. 2005;46.
 103. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Prise en charge de la santé de l'enfant : synthèse des travaux de la commission. ONDPS ; 2013.
 104. Sénécal J, Bussière E, Roussey M et al. Les certificats médicaux obligatoires de la première enfance : un outil épidémiologique méconnu. Bull. Acad. Natle Méd. 2001;185(4):727-47.
 105. Olivier-Forchy F. Les certificats de santé de l'enfant : enquête auprès des médecins généralistes de Seine-Maritime [Thèse de doctorat en médecine]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2015.
 106. Ameli. M'T dents : des rendez-vous offerts chez le dentiste [Internet]. [consulté le 17/01/2020] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>

ANNEXES

1. ANNEXE 1 : Tableau présentant les principaux éléments du DPM à rechercher selon l'expertise de l'Inserm [3].

Motricité

Renforcement du tonus axial dans un sens céphalo-caudal, les acquisitions motrices progressent de façon descendante
Contrôle de la tête à 3 mois
Station assise avec appui latéral des mains à 6 mois
Station assise sans appui à 7-9 mois
Station debout avec appui à 9 mois
Station debout sans soutien à 10-12 mois
Marche autonome à 12-18 mois
Monte les escaliers à 18 mois, court, saute sur deux pieds

Préhension

3 mois : préhension au contact
4-5 mois : préhension active et volontaire de l'objet (cubiot-, digito-, puis radio-palmaire)
6 mois : passe d'une main à l'autre
9 mois : opposition pouce-index
12 mois : manipulation plus fine (pastille dans une bouteille)
18 mois : tour de 3 cubes, commence à manger seul
24 mois : tour de 6-8 cubes, tourne les pages d'un livre
36 mois : se déshabille seul, déboutonne, mange seul

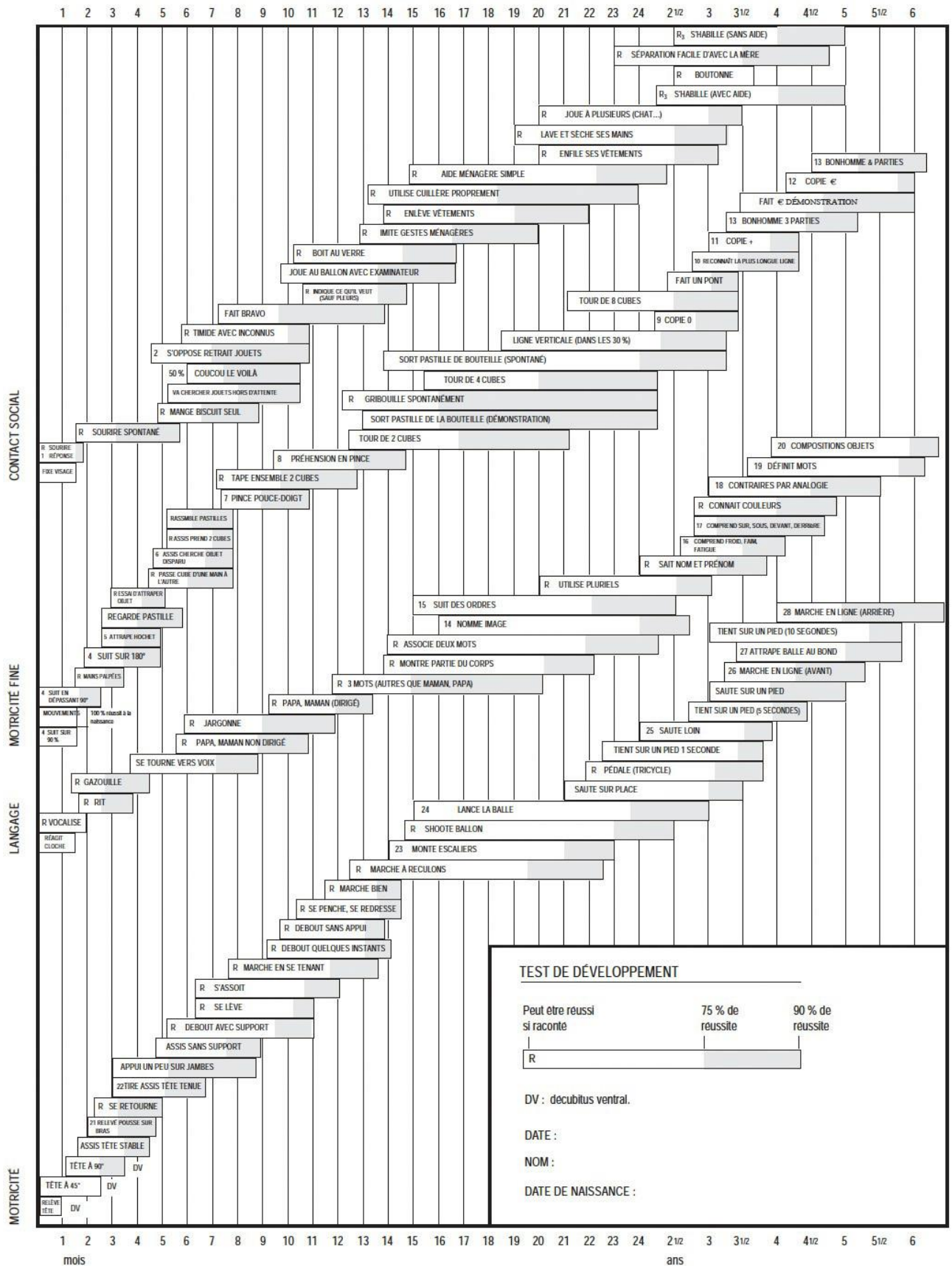
Langage

Gazouillis-voyelles à 3 mois
Gazouillis-consonnes à 6 mois
Papa-maman non spécifique à 8 mois
Papa-maman approprié à 10 mois
Jargon et 3 mots à 14-15 mois
Nomme les 5 parties du corps à 18 mois
18-24 mois : explosion lexicale, reproduit sons et rythme
Vocabulaire de 50 mots à 24 mois, phrases de 2-3 mots, « je-tu-moi »

Interactions sociales

0-3 semaines : fixe le regard
6 semaines-3 mois : sourire social (« réponse »)
3-6 mois : sourire sélectif, rire aux éclats à 4 mois
7-8 mois : répond à son prénom
8-9 mois : peur de l'étranger, permanence de l'objet
20 mois : accès à la notion de symbolique
24 mois : « oui-non », obéit à un ordre simple, « jeu parallèle »

2. ANNEXE 2 : Echelle de Denver



3. ANNEXE 3 : Echelle de Brunet-Lézine révisée

Données extraites de l'Echelle de Brunet - Lézine Révisée		33	76	Fait sonner la clochette	87
33		33		Aitré l'anneau vers lui à l'aide de la ficelle	87
35		35	76 (Q)	Joue à frapper deux objets	87
26		31	75	Saisit la pastille avec participation du pouce	96
Examine la clochette avec intérêt					
39		63		Cherche la cuiller (compétition de permanence de l'objet) (96)	
54		90		Saisit deux cubes, un dans chaque main	
70		70	88	Soulève par l'anse la tasse retournée (cube caché)	
63		63	(90)	Saisit la pastille en ratisant	Retire rond / planchette
74		74	(86)	Tient deux cubes et regarde le 3°	Retrouve jouet/serviette
41		78		Saisit dans sa paume le cube posé sur la table (100)	Saisit pouce / index
59		59		Saisit d'une main l'anneau balancé devant lui (93)	Accepte le 3 ^{ème} cube
9	55	89		Tend la main jusqu'au hochet tenu à distance (98)	
0	36			Tient un cube dans sa main et regarde le 2 ^{ème}	
11	68	100		Saisit un cube au contact	D : soutiens, fait des pas...
C : fait un mouvement dirigé vers l'anneau					
24				C : s'assoie et regarde le hochet mis en main	D : tient debout / appui
C : regarde la pastille et la suite des yeux					
		89	53		A.V. : mouve nets de déplacement
			41		A : assis sans soutien, enlève la serviette
			49		C : se retourne du dos sur le ventre (89)
			39		V : enlève la serviette posée sur sa tête
			67		C : porte ses pieds à la bouche
			94		89
					V : se lisse / genoux, pousse avec les bras
			61		A : assis avec soutien, enlève la serviette
			24		94
			9		A : tient assis brièvement sans soutien (94)
			43		80
			80		C : se met en position assise au tiré-assis 90
			15		88
			31		C : prend ses pieds dans ses mains
			27		94
			44		C : se débarrasse de la serviette
					D : tend sous les bras, se stade du sauteur
					C : explore ses jambes et ses genoux
					A : Tient assis avec un léger soutien
					C : mouvements dirigés vers la serviette
					V : garde les jambes en extension
					C : soulève tête et épaules au tiré-assis
					V : appuie sur ses avant-bras
			80		A : tient la tête droite sans décoller (94)
					C : Se retourne côté → dos
					C : retire la tête droite au tiré-assis
					V : soulève tête + épaules

EXAMEN 9^{ème} MOIS

25 à 50 %
50 à 75 %
75 à 90 %

V/A : mouvements nets de déplacement (87)

	9	10	12	14	17	20	24	30
Données issues des valeurs normatives de l'échelle de Brunet-Lézine Révisée								
EXAMEN 4^{ème} MOIS								
Sociabilité								
36	31	33	50	54	59	69	70	85
31	43	63	72	72	72	72	70	85
39	73	73	73	73	73	73	73	85
18	53	53	53	53	53	53	53	85
57	80	80	80	80	80	80	80	85
66	C :	C :	C :	C :	C :	C :	C :	85
84	C :	C :	C :	C :	C :	C :	C :	85
Langage								
14	33	33	33	33	33	33	33	85
59	81	81	81	81	81	81	81	85
64	81	81	81	81	81	81	81	85
84	89	89	89	89	89	89	89	85
2	3	3	3	3	3	3	3	85
3	7	7	7	7	7	7	7	85
4	8	8	8	8	8	8	8	85
5	9	9	9	9	9	9	9	85
6	10	10	10	10	10	10	10	85
7	11	11	11	11	11	11	11	85
8	12	12	12	12	12	12	12	85
9	13	13	13	13	13	13	13	85

Données issues des valeurs normatives de l'échelle de Brunet-Lézine Révisée

Sociabilité	9	Q : se prête activement à l'habillage par l'adulte (donne sa main ou son pied) (88)	61	Q : boit au verre tenu à 2 mains et mange à la cuiller	78	Q : joue à faire semblant (imitation différée) (96) Assoit, donne à boire et brosse la poupée sur ordre (2 items sur 3) (94)	85	Q : lave ses mains et essai de les essuyer (98)	82	Q : enfiler seul chaussettes	
	30	Q : Reconnaître ses propres miniques qui ont fait rive (83)	48	Montre du doigt ce qui l'intéresse (100)	52	Q : utilise son prénom quand il parle de lui (78)	56	Q : utilise un pronom	71	Comprend 2 propositions	
	51	Regard de ce que l'adulte regarde (sans que celui-ci montre du doigt)	32	Fait boire, manger, ou coiffe l'adulte (2 items sur 3)	31	Q : utilise son prénom quand il parle de lui (78)	40	Norme 8 objets / 10	49	Norme 10 images / 15	
	Q : mélange avec les doigts ou boit au verre maintenu (82 à 11 mois)	40	Q : utilise les onomatopées pour désigner objets, animaux (78 à 15 mois)	28	Q : dit 5 mots (79 à 18 mois)	27	Q : fait des phrases de 3 mots (89)	55	Désigne 3 objets ou en nomme 4 parmi 10 (98)	66	Norme 6 images sur 15 (93)
	Q : comprend un mot (89)	38	Q : se prête activement à l'habillage par l'adulte (donne sa main ou son pied) (88)	10	Q : fait des phrases de 2 mots (déformés) (89)	24	Norme 6 images sur 15 (93)	66	Norme 6 images sur 15 (93)		
	66	Q : Reconnaître ses propres miniques qui ont fait rive (83)	50	Q : se prête activement à l'habillage par l'adulte (donne sa main ou son pied) (88)	26	Désigne 4 objet parmi 10 présentés	10	25 à 18 mois	57	Q : fait des phrases de 2 mots (déformés) (89)	
	64	Regard de ce que l'adulte regarde (sans que celui-ci montre du doigt)	61	Q : boit au verre tenu à 2 mains et mange à la cuiller	44	Norme 2 ou désigne 4 images sur 6 (96 à 22 mois)	26	Désigne 4 objet parmi 10 présentés	82	Désigne 3 objets ou en nomme 4 parmi 10 (98)	
	Q : mélange avec les doigts ou boit au verre maintenu (82 à 11 mois)	51	Q : utilise les onomatopées pour désigner objets, animaux (78 à 15 mois)	28	Q : dit 5 mots (79 à 18 mois)	58	Désigne 3 objet parmi 10 présentés (100)	90	Norme 2 ou désigne 4 images sur 6 (96 à 22 mois)		
	Q : comprend un mot (89)	36	Q : se prête activement à l'habillage par l'adulte (donne sa main ou son pied) (88)	24	Désigne 3 objet parmi 10 présentés (100)	56	Q : dit 5 mots (79 à 18 mois)				
	62	Q : émet des syllabes redoublées (89)	33	Désigne 1 objet parmi 5 objets présentés (86)	24	Désigne 3 objet parmi 10 présentés (100)	56	Q : dit 5 mots (79 à 18 mois)			
Langage	36	Q : Jargonne de manière expressive	28	Désigne 1 objet parmi 5 objets présentés (86)	24	Désigne 3 objet parmi 10 présentés (100)					
	45	Q : Se signale la tête pour dire NON (78 à 13 mois)	33	Q : utilise les onomatopées pour désigner objets, animaux (78 à 15 mois)	56	Q : dit 5 mots (79 à 18 mois)					
	62	Q : émet des syllabes redoublées (89)	33	Q : utilise les onomatopées pour désigner objets, animaux (78 à 15 mois)	56	Q : dit 5 mots (79 à 18 mois)					
9	Q : émet des syllabes redoublées (89)	10	12	14	17	20	24	30			

EXAMEN 24^{ème} MOIS
« obéit à un ordre simple »
« Nomme au moins une image »

4. ANNEXE 4 : Questionnaires parentaux proposés par l'HAS [4].

QUESTIONNAIRE 2 ANS

Pour remplir le questionnaire, nous vous demandons :
d'écrire en clair votre réponse sur la ligne de pointillés
ou d'entourer votre réponse

Si vous avez un doute pour répondre à une question, écrivez votre réponse en clair à côté de la question.

Merci de répondre à chacune des questions, même si votre réponse est non.

Date de naissance de votre enfant : Âge en mois de votre enfant :

Date de remplissage du questionnaire :

Êtes-vous inquiète sur certains aspects du développement de votre enfant comme :

- | | |
|--|----------|
| - son langage | non, oui |
| - son comportement | non, oui |
| - sa motricité | non, oui |
| - son développement général (éveil, progrès) | non, oui |

si oui, décrivez en quelques mots ce qui vous inquiète :

.....
.....
.....

Voici une liste d'activités qui apparaissent à des âges variables selon les enfants : il y a des activités que votre enfant fait déjà et d'autres qu'il n'a pas commencé à faire. Entourer « oui » si votre enfant a fait déjà au moins une fois l'activité et « non » s'il ne l'a jamais fait.

- | | |
|---|----------|
| Il/elle marche seul(e) (fait au moins 5 pas sans aide ou soutien)
si oui, depuis quel âge ? mois | non, oui |
| Il/elle monte un escalier quand vous l'aidez en lui tenant une main | non, oui |
| Il/elle monte et descend seul(e) un escalier | non, oui |
| Il/elle donne un coup de pied dans un ballon | non, oui |
| Il/elle saisit un petit objet comme un raisin sec ou un petit jouet en utilisant le pouce et l'index | non, oui |
| Il/elle sait faire les marionnettes ou bravo | non, oui |
| Il/elle tourne les pages d'un livre | non, oui |
| Il/elle dit au moins 5 mots différents | non, oui |
| Quand on lui demande, il/elle montre une partie du corps
(le nez, les yeux ou la bouche) | non, oui |
| Il/elle sait nommer 2 images dans un livre quand vous lui montrez | non, oui |
| Il/elle met 2 mots ensemble | non, oui |
| Il/elle utilise son prénom | non, oui |
| Il/elle fait des phrases de 3 mots | non, oui |
| Il/elle mange seul(e) un gâteau ou un biscuit | non, oui |
| Il/elle comprend un ordre simple comme « viens ici »,
« donne-le-moi », « remets-le à sa place » sans que vous utilisiez de gestes | non, oui |
| Il/elle participe à l'habillage en tendant un pied, une main | non, oui |
| Il/elle boit seul(e) au verre ou à la tasse sans que vous lui teniez | non, oui |
| Il/elle mange seul(e) à la cuillère | non, oui |
| Il/elle lave ses mains ou essaye de les laver | non, oui |

Dr B. Larroque, Inserm U149, 7/1/2005

QUESTIONNAIRE 4 ANS

Pour remplir le questionnaire, nous vous demandons :
d'écrire en clair votre réponse sur la ligne de pointillés ou d'entourer votre réponse.
Si vous avez un doute pour répondre à une question, écrivez votre réponse en clair à côté de la question.
Merci de répondre à chacune des questions, même si votre réponse est non.

Date de naissance de votre enfant :

Date de remplissage du questionnaire :

Âge en mois de votre enfant :

Êtes-vous inquiète sur certains aspects du développement de votre enfant comme :

- | | |
|--|----------|
| - son langage | non, oui |
| - son comportement | non, oui |
| - sa motricité | non, oui |
| - son développement général (éveil, progrès, apprentissages) | non, oui |

Si oui, décrivez en quelques mots ce qui vous inquiète :

.....
.....
.....

Les activités de votre enfant

Voici une liste d'activités qui apparaissent à des âges variables selon les enfants : il y a des activités que votre enfant fait déjà et d'autres qu'il n'a pas commencé à faire. Entourer « oui » si votre enfant a fait déjà au moins une fois l'activité et « non » s'il ne l'a jamais fait.

Actuellement, votre enfant :

- | | |
|--|----------|
| dit son nom et son prénom : | non, oui |
| fait des phrases de 3 mots : | non, oui |
| monte un escalier sans se tenir : | non, oui |
| sait tenir sur un pied : | non, oui |
| compte 3 objets : | non, oui |
| connaît son âge : | non, oui |
| connaît le nom de 4 couleurs : | non, oui |
| utilise les pronoms, je, tu, il, elle : | non, oui |
| sait pédaler sur un tricycle ou un vélo ou un autre jeu avec des pédales : | non, oui |
| sait se laver les mains et essaie de les essuyer : | non, oui |
| sait aller aux toilettes seul(e) : | non, oui |
| sait compter à haute voix jusqu'à 10 : | non, oui |
| enfile seul(e) ses chaussons ou ses chaussettes : | non, oui |
| sait boutonner ses habits : | non, oui |
| sait dessiner un carré : | non, oui |
| sait dessiner un rond : | non, oui |

5. ANNEXE 5 : Ages and Stages Questionnaires (ASQ-3) du 24^{ème} mois [35].

Questionnaire ASQ3 - 24 mois	
de 23 mois à 25 mois 15 jours	
<p style="text-align: center;">Ce questionnaire fait partie de l'évaluation des 24 mois concernant votre enfant. Il vise à vous permettre de nous décrire, dans les activités réalisées à la maison, les capacités de votre enfant. Vous pourrez interroger le médecin rencontré pour la visite des 24 mois sur les réponses qui vous semblent poser des problèmes. De même, n'hésitez pas à discuter les résultats avec le médecin. Lors de la visite, son examen complétera vos observations, pour arriver à une évaluation complète.</p>	
Renseignements sur l'enfant	
Nom	Prénom
Date de naissance	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
Coordonnées des parents	
Nom	Prénom
Adresse	
Personne remplissant le questionnaire : père <input type="checkbox"/> , mère <input type="checkbox"/> , autre :	

Questionnaire à remettre au médecin lors de la consultation de suivi.

<p>Vous trouverez dans les pages suivantes des informations sur les activités de votre enfant. Il a peut-être déjà réalisé certaines de ces activités, alors que ce n'est peut-être pas le cas pour d'autres. Pour chaque question, cochez la case correspondant à la situation : habituellement, parfois, pas encore.</p>
<p>Point importants à retenir</p> <p>Essayez chaque activité avec votre enfant avant d'écrire une réponse</p> <p>Faites de la passation de ce questionnaire une activité de jeu, distrayante pour votre enfant et vous.</p> <p>Vérifiez que votre enfant est reposé et rassasié.</p> <p>Les enfants de cet âge ne se montrent pas toujours coopératifs quand on leur demande de faire quelque chose. Il est possible que vous deviez vous y reprendre à plusieurs fois pour savoir si votre enfant est capable ou non de réaliser les activités suivantes. Si possible, essayez ces activités quand votre enfant est disposé à participer. Si il est habituellement capable de faire une activité mais qu'il refuse cette fois-ci, répondez "oui" à la question.</p>
<p>Notes</p>

Communication

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1 Sans que vous lui montriez, votre enfant indique-t-il la bonne image quand vous lui dites : "Montre moi le petit chat!" ou "Où est le chien?". (Il suffit qu'une seule image soit correctement identifiée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2 Votre enfant imite-t-il une phrase de deux mots? Par exemple, si vous dites : "Maman mange", "Papa joue", "Chat parti", votre enfant répète-t-il après vous ces mêmes deux mots? (Cochez "oui" même si ces mots sont difficiles à comprendre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3 Sans lui donner d'indication en montrant du doigt ou avec des gestes, votre enfant peut-il suivre au moins trois de ces directives? <input type="checkbox"/> a. "Mets le jouet sur la table" <input type="checkbox"/> d. "va chercher ton manteau" <input type="checkbox"/> b. "Ferme la porte" <input type="checkbox"/> e. "Prends ma main" <input type="checkbox"/> c. "Apporte moi une serviette" <input type="checkbox"/> f. "Prends ton livre"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4 Si vous montrez du doigt une image représentant un ballon (ou un chaton, une tasse, un chapeau, etc.) et demandez à votre enfant "Qu'est ce que c'est?", nomme-t-il correctement au moins l'une des images?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
5 Votre enfant dit-il deux ou trois mots à la suite, qui représentent différentes idées liées les unes aux autres, comme par exemple : "Regarde chien", "Maman maison" ou "Chat parti"? (Ne comptez pas les combinaisons de mots n'exprimant qu'une seule idée, comme par exemple : "Au revoir", "Plus là", "Très bien" et "Qu'est-ce que c'est?".) Veuillez donner un exemple des associations de mots que fait votre enfant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>				
6 Votre enfant utilise-t-il au moins deux mots tels que : "moi", "je", "à moi" et "tu"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

Score total pour la communication

Motricité globale

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1 Votre enfant descend-t-il les escaliers si vous le tenez par une seule main? Il peut aussi se tenir à la rampe ou au mur. (Vous pouvez observer cette activité dans un magasin, au terrain de jeu ou à la maison).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
2 Si vous montrez à votre enfant comment donner un coup de pied dans un gros ballon, essaie-t-il d'en faire autant en balançant sa jambe vers l'avant, ou en le frappant tout en marchant? (Si il sait déjà donner un coup de pied dans le ballon, cochez "oui").	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
3 Votre enfant monte-t-il ou descend-t-il au moins deux marches seul? Il peut se tenir à la rampe ou au mur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
4 Votre enfant court-il assez bien, s'arrêtant tout seul sans se cogner dans les objets ni tomber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___



5 Votre enfant peut-il sauter à pieds joints, les deux pieds quittant le sol en même temps ?



6 Sans se tenir nulle part, votre enfant peut-il donner un coup de pied dans le ballon, en balançant sa jambe vers l'avant ?



NB : si la réponse à la question 6 de cette série est oui ou parfois, cochez "oui" à la question 2 de cette série

Score total pour la motricité globale

Motricité fine

1 Votre enfant porte-t-il une cuillère à la bouche du bon côté, et généralement sans renverser de nourriture ?

OUI PARFOIS PAS ENCORE

2 Votre enfant tourne-t-il les pages d'un livre par lui-même ? (Il est possible qu'il tourne plus d'une page à la fois).

3 Votre enfant fait-il un mouvement de rotation de la main quand il essaie de tourner une poignée de porte, de remonter un mécanisme de jouet, de tourner un robinet, ou de visser ou dévisser un couvercle sur un pot ?

4 Votre enfant allume-t-il ou éteint-il des interrupteurs ?

5 Votre enfant sait-il empiler tout seul sept petits cubes ou jouets les uns sur les autres ? (Vous pouvez aussi utiliser des bobines de fil, ces petites boîtes ou des jouets de 2 à 3 cm).

6 Votre enfant enfle-t-il des billes, ces macaronis ou des pâtes en forme de roues sur une ficelle ou un lacet de chaussure ?

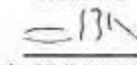


Score total pour la motricité fine

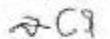
Résolution de problèmes

1 Après avoir tracé devant lui une ligne de haut en bas d'une feuille de papier, avec un crayon (ou un pastel ou un stylo bille), votre enfant vous imite-t-il en traçant à son tour une ligne sur la feuille (peu importe sa direction) ? Cochez "pas encore" si il gribouille dans tous les sens.

Cochez "oui"



Cochez "pas encore"




OUI PARFOIS PAS ENCORE

2 Votre enfant renverse-t-il intentionnellement une petite bouteille transparente pour en faire tomber un petit morceau de biscuit ou un Cheerios ? Ne lui montrez pas comment. (Vous pouvez utiliser une bouteille en plastique ou un biberon).

3 Votre enfant joue-t-il à prendre certains objets pour d'autres ? Par exemple, place-t-il une tasse près de son oreille en disant qu'il s'agit d'un téléphone ? Se met-il une boîte sur la tête, pour imiter un chapeau ? Utilise-t-il un cube ou un petit jouet pour mélanger la nourriture ?

<p>4 Votre enfant range-t-il les choses à leur place? Par exemple, sait-il que ses jouets vont sur l'étagère à jouet, sa couverture sur son lit, et les couverts dans la cuisine?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
<p>5 Si votre enfant veut quelque chose qu'il ne peut pas atteindre, va-t-il chercher une chaise ou une boîte pour monter dessus et l'atteindre? (par exemple pour attraper un jouet sur un plan de travail ou pour vous aider dans la cuisine).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
<p>6 Sous le regard de votre enfant, alignez quatre objets comme des cubes ou des voitures. Votre enfant vous imite-t-il en alignant au moins quatre objets? (Vous pouvez également utiliser des bobines de fil, des petites boîtes ou d'autres jouets).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>



Score total pour la résolution de problèmes

Aptitudes individuelles et sociales

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1 Votre enfant boit-il à l'aide d'une tasse ou d'un verre, et le repose-t-il sans presque rien renverser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2 Votre enfant vous imite-t-il dans vos activités, telles que essuyer un liquide renversé, balayer, faire semblant de se raser ou de se peigner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
3 Votre enfant mange-t-il avec une fourchette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
4 Quand votre enfant joue avec une peluche ou une poupée, fait-il semblant de la bercer, de changer sa couche, de la mettre au lit et ainsi de suite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
5 Votre enfant pousse-t-il un petit chariot ou une poussette, ou un autre jouet à roulettes, en contournant les obstacles, et en le faisant reculer quand il ne peut tourner dans un coin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
6 Votre enfant se désigne-t-il lui-même par "Je" ou "moi" plutôt que par son prénom? Par exemple : "je fais ça" plutôt que "Pierre fait ça".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Score total pour les aptitudes individuelles et sociales

Evaluation globale

Les parents et les personnes s'en occupant peuvent utiliser les zones ci-dessous pour des commentaires supplémentaires.

1 Pensez-vous que votre enfant entend bien? Si non, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non
2 Pensez-vous que votre enfant parle comme les enfants de son âge? Si non, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non
3 Comprenez-vous la plupart des choses que votre enfant dit? Si non, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non
4 Pensez-vous que votre enfant marche, court et grimpe comme les autres enfants de son âge? Si non, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non
5 L'un des parents a-t-il des antécédents familiaux de surdité infantile ou des troubles d'audition? Si oui, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non
6 Vous posez-vous des questions sur la vision de votre enfant? Si oui, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non
7 Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé au cours des derniers mois? Si oui, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non
8 Vous posez-vous des questions sur le comportement de votre enfant? Si oui, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non
9 Quelque chose vous inquiète-t-il chez votre enfant? Si oui, pouvez-vous expliquer :	Oui	Non

Synthèse des résultats

1 Cotez et reportez les totaux dans le tableau ci-dessous : Si il manque des réponses, veuillez-vous reporter au manuel pour déterminer un score ajusté, ou laissez la ligne vide. Cotez chaque item (Oui : 10 ; Parfois : 5 ; Pas encore : 0). Additionnez les scores et reportez les dans la case Total. Transférez les scores totaux dans le tableau ci dessous, et noircissez les cercles correspondants.

Domaine	Limite	Score total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Communication	25.17		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Motricité globale	38.07		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motricité fine	35.16		●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○
Résol. de problème	29.78		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Apt. indiv. ou soc.	31.54		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○

2 Reportez les réponses de la section Evaluation globale : les réponses en caractère Gras Majuscules nécessitent un suivi.

Entend bien	oui NON	Questions sur sa vision	OUI non
Parle comme les enfants de son âge	oui NON	Problèmes médicaux	OUI non
Vous comprenez la plupart de ce que votre enfant dit	oui NON	Questions sur son comportement	OUI non
Marche, court et grimpe comme les enfants de son âge	oui NON	Autres questions	OUI non
Antécédent familial de trouble d'audition	OUI non		

3 **Interprétation des scores et recommandations de suivi :** Vous devez prendre en compte les scores totaux, les réponses à l'évaluation globale, et d'autres considérations notamment les possibilités de stimuler les compétences, afin de déterminer le suivi approprié.

Si le total du score de l'enfant se trouve dans la zone blanche, il est au-dessus de la limite, et le développement de l'enfant paraît adapté.

Si le total du score de l'enfant se trouve dans la zone grise, il est près de la limite. Proposez des activités éducatives et une surveillance.

Si le total du score de l'enfant se trouve dans la zone noire, il est en dessous de la limite. Une évaluation complémentaire peut être nécessaire.

Pensez-vous, avant de réaliser le test, que votre patient présentait des difficultés ?

oui **non**

La réalisation du test a-t-elle orienté différemment votre prise en charge ?

oui **non**

6. ANNEXE 6 : Modified Checklist Autism for Toddlers (M-CHAT) [36].

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Nom de l'enfant _____ Date de naissance _____ Age _____

Merci de remplir ce questionnaire en considérant la façon dont votre enfant se comporte habituellement. Essayez de répondre à toutes les questions. Si le comportement est rare (c'est-à-dire si vous avez vu votre enfant agir de cette façon seulement une ou deux fois), répondez comme si votre enfant ne le faisait pas.

1. Est-ce que votre enfant aime être balancé ou qu'on le fasse sauter sur les genoux ?	OUI	NON
2. Est-ce que votre enfant montre de l'intérêt pour les autres enfants ?	OUI	NON
3. Est-ce que votre enfant aime grimper sur les choses, par ex. escalader les escaliers ?	OUI	NON
4. Est-ce que votre enfant aime jouer aux jeux de cache-cache ou à 'coucou me voilà' ?	OUI	NON
5. Est-ce que votre enfant a déjà joué à faire semblant, par ex. faire semblant de parler au téléphone ou jouer à la dinette ou avec des poupées ?	OUI	NON
6. Est-ce que votre enfant a déjà pointé avec son index pour demander quelque chose ?	OUI	NON
7. Est-ce que votre enfant a déjà pointé avec son index pour montrer quelque chose qui l'intéresse ?	OUI	NON
8. Est-ce que votre enfant joue de façon adaptée avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans se contenter de les mettre à la bouche, les tripoter ou les laisser tomber ?	OUI	NON
9. Est-ce que votre enfant vous apporte parfois des objets pour vous les montrer ?	OUI	NON
10. Est-ce que votre enfant peut soutenir votre regard plus d'une ou deux secondes ?	OUI	NON
11. Est-ce que votre enfant vous a déjà paru excessivement sensible à certains bruits (par ex., se bouche les oreilles en réponse à certains bruits) ?	OUI	NON
12. Est-ce que votre enfant sourit en réponse à vos sourires ?	OUI	NON
13. Est-ce que votre enfant vous imite (par ex., si vous faites une grimace) ?	OUI	NON
14. Est-ce que votre enfant répond quand vous l'appellez par son prénom ?	OUI	NON
15. Si vous pointez vers un jouet à l'autre bout de la pièce, votre enfant regarde-t-il dans la direction ?	OUI	NON
16. Est-ce que votre enfant marche sans aide ?	OUI	NON
17. Est-ce que votre enfant regarde des objets que vous regardez ?	OUI	NON
18. Est-ce que votre enfant fait des mouvements bizarres des doigts devant son visage ?	OUI	NON
19. Est-ce que votre enfant essaie d'attirer votre attention sur ce qu'il est en train de faire ?	OUI	NON
20. Vous êtes vous déjà demandé si votre enfant était sourd ?	OUI	NON
21. Est-ce que votre enfant comprend ce que disent les gens ?	OUI	NON
22. Est-ce que parfois votre enfant regarde dans le vide ou déambule sans but ?	OUI	NON
23. Est-ce que votre enfant observe votre visage pour vérifier votre réaction lorsqu'il est confronté à une situation nouvelle ?	OUI	NON

Grille de réponse

La grille des réponses oui/non ci-dessous correspond aux échecs aux questions. Si la réponse obtenue est celle indiquée dans le tableau, l'item est échoué.

En gras et grisé, les items critiques : 2, 7, 9, 13,14 et 15.

1. Non	6. Non	11. Oui	16. Non	21. Non
2. Non	7. Non	12. Non	17. Non	22. Oui
3. Non	8. Non	13. Non	18. Oui	23. Non
4. Non	9. Non	14. Non	19. Non	
5. Non	10. Non	15. Non	20. Oui	

Interprétation

Le test est significatif si échec à 2 items critiques ou à 3 items qu'ils soient critiques ou non.

Tous les enfants qui sont en échec dans ce questionnaire n'auront pas un diagnostic d'autisme. Cependant, ces enfants devraient être référés à une unité spécialisée dans le diagnostic pour une évaluation plus approfondie.

7. ANNEXE 7 : Contenu de la mallette Sensory Baby Test [38].



		9 ^e mois	24 ^e mois	36 ^e mois
Dépistage visuel	Source lumineuse	+	+	+
	Œil de Bœuf	+	+	+
	Lunettes à secteurs	+	+	+
	Lunettes à écran	+	+	+
	Test de LANG II	- /+	-/+	+
	Test DAVL	-	-	+
Dépistage auditif et langage	<i>Sensory baby test</i>	+	+	+/-
	Imagier plastifié (16 images)	-	+	+
Étude de la motricité	Bâton	+	-	-
	Crayon et papier	-	+	+
	Balle	+/-	+	+
	Flacon + 2 pastilles	-	+	+
	Cubes (8) 4 couleurs	-	+	+
Guide méthodologique				

8. ANNEXE 8 : Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale – médecine de famille selon la WONCA [42].

- A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

9. ANNEXE 9 : Récépissé déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

Madame GRZELKA Lauriane
19 A LOTISSEMENT FOR MARCADET
64160 MORLAAS

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2167026 v 0

du 28 mars 2018

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : Madame GRZELKA Lauriane

Service :

Adresse : 19 A LOTISSEMENT FOR MARCADET

Code postal : 64160

Ville : MORLAAS

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél : 0621749477

Fax :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 28 mars 2018
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

10. ANNEXE 10 : Trame des entretiens

Introduction

Je réalise ce travail pour ma thèse de médecine générale. Je mène une enquête sur le suivi du développement psychomoteur des enfants en bas âge par les médecins généralistes.

Dans le cadre de mon étude, si vous me le permettez, je vais enregistrer notre entretien. Cela me permettra de retranscrire fidèlement vos propos, tout en respectant votre anonymat. Je dispose pour cela d'une autorisation de la CNIL (montrer le papier). Vous pourrez avoir accès au Verbatim. De même, je vous transmettrai ma thèse une fois soutenue, si vous le souhaitez. Êtes-vous toujours d'accord pour participer ? (Allumer dictaphone)

Question ouverte de départ

Parlez-moi de la manière dont vous abordez le développement psychomoteur de l'enfant en bas âge dans votre pratique (préciser moins de 3 ans si besoin).

Relances

- *Cadre de la consultation (dédiée, programmée, durée, prise de rendez-vous via secrétaire, accompagnant, conditions d'examen...)*

En dehors de la réalisation de l'examen en tant que tel (dont nous allons reparler plus tard/ dont nous avons déjà parlé), parlez-moi de l'organisation de ce type de consultation dans votre emploi du temps.

ou Dans quelles conditions réalisez-vous cette évaluation ?

- *Outils*

Comment faites-vous précisément...

ou Quelle organisation de votre consultation avez-vous...

pour évaluer le développement psychomoteur de ces enfants ? Vous pouvez me donner un exemple si vous le souhaitez.

Si le médecin ne parle pas d'outils ou de son expérience de lui-même, relancer :

Quelle place ont les outils d'évaluation dans votre pratique ?

- *Expérience*

Quelle part votre expérience apporte-t-elle à tout ça ?

ou Et votre expérience dans tout ça ?

- *Formation*

Que pensez-vous de la formation sur le sujet ?

- *Inter-individualité*

Comment faites-vous face à 2 enfants du même âge ne présentant pas le même stade de développement ?

- *Relation avec autres intervenants*

Comment gérez-vous vos relations avec les autres intervenants dans ce cadre de retard du DPM ?

- *Coût / Rémunération (Plutôt vers la fin si pas évoquer avant.)*

Quelle est la place de l'argent dans ce genre d'évaluation ?

ou Et quelle place a l'argent pour vous ?

ou Et l'argent dans tout ça ?

Dernière question pour clôturer l'entretien

Pour conclure, hormis tout ce dont on vient de parler, pour vous, quel ressenti avez-vous pour ce genre d'évaluation ?

ou Comment ressentez-vous / vivez-vous ce genre d'évaluation dans votre pratique ?

Informations participant

- Sexe : F / H
- Age :
- Durée d'exercice :
- Mode exercice : rural / semi-rural / ville
 seul / groupe
- Activité pédiatrique : nombre d'enfants < 3 ans/semaine
- Formation complémentaire en pédiatrie : oui / non
laquelle ?
- Maître de stage universitaire : oui / non

11. ANNEXE 11 : Extraits des Verbatims

11.1. *Entretien n°3*

L : Alors parlez-moi de la manière dont vous abordez le développement psychomoteur de l'enfant en bas âge dans votre pratique.

M3 : Alors, c'est quelque chose que je contrôle à chaque visite, pour ce qui est des visites de suivi. Et euh... que je commence à observer dès l'entretien. Ça commence quand l'enfant est dans les bras des parents et c'est quelque chose que je fais au fur et à mesure de l'entretien.

Alors j'essaie, dans la mesure du possible, à la fois de demander aux parents ce que fait l'enfant, ce qu'il sait faire ou ce qu'ils ont remarqué, mais de le regarder moi-même, parce que ça ne correspond pas toujours exactement. Parce que certains parents des fois ont la... ont du mal à faire la part des choses entre ce qu'ils attendent et ce qu'ils voient vraiment ou ce qu'ils interprètent.

L : Uuh. (petit blanc d'attente...). Ok. Donc si je comprends bien, c'est à chaque visite, peu importe le motif, vous essayez de regarder ça.

M3 : Non, c'est plus les visites, quand je dis visites, c'est les visites de contrôle. C'est à dire l'enfant qui vient... que je connais et qui vient pour la rhinopharyngite, je ne vais pas trop m'en occuper. L'enfant qui vient pour la visite systématique ou le vaccin, pour moi ça fait partie de l'examen clinique et c'est quelque chose que je fais négli... Que je commence à faire négligemment, quand on est dans la phase où on tchathe tranquille, je prends la carte vitale, le carnet de santé. Le gamin souvent est dans les bras des parents en face de moi, et moi je suis déjà en train de regarder s'il me regarde, si ça l'intéresse, s'il attrape des choses... euh... Voilà, ça commence là !

Et pendant tout l'examen clinique, j'y suis attentive.

L : D'accord. Et donc vous organisez comment ce temps de consultation, finalement ? Si on doit le décrire.

M3 : C'est à dire ? La recherche du développement psychomoteur ?

L : Cela peut être ça, selon... comme vous l'entendez...

M3 : Euh alors... Je réfléchis hein. Souvent, moi j'ai un œil sur certaines choses pendant la phase où on s'installe. Je pose des questions dans la phase d'entretien. Euh... Alors on est bien guidé par le carnet de santé où on a des éléments clés à noter.

L : Bien sur.

M3 : Que je m'attache à cocher séparément ! (petit rire) Jamais faire un trait, parce que voilà. Si j'ai coché séparément, je sais que moi j'ai bien recherché chaque item. Donc je récupère et je coche au fur et à mesure ce que je peux avoir à l'entretien. Et puis, pendant que j'examine après, euh... par exemple euh... (petit temps de réflexion)... Je pense à ça... Bah la première question que je vais me poser, quand je pèse un enfant : « est-ce qu'il tient assis? », par exemple. Donc c'est un élément que je récupère à ce moment-là. Euh... Pour les tous petits, au moment où je vais faire l'auscultation pulmonaire, je vais faire une manœuvre du tiré-assis à ce moment-là. Euh là, en fait, les éléments psychomoteurs, je vais les... je vais souvent les repérer au fur et à mesure de mon examen, moi me les noter.

L : D'accord.

M3 : Euh... Il y a qu'en toute fin d'examen que je teste notamment ce qu'ils font quand on les met à plat ventre, ou si ils ont encore la marche automatique ou pas... Ca, je le fais en toute fin d'examen, quand j'ai fini tout le reste.

L : D'accord. Ok. Et y a-t-il des conditions particulières du coup pour ces visites annuelles, enfin peut être pas annuelle mais...

M3 : Mensuelles au début, oui. Comment ça des conditions particulières ?

L : Bah est-ce que cela va être marqué sur votre emploi du temps, dégagez-vous du temps particulier... ?

M3 : Oui oui. Je me réserve une demi heure pour ces visites. Je me réserve une demi heure pour ces visites. Nous on demande aux... Alors, de plus en plus, on demande aux patients de nous donner le motif de leur consultation. Parce que, on demande à la secrétaire de gérer le temps en fonction.

Ces visites, pour moi c'est une demi heure. Parce que comme ça j'ai le temps de le faire. Sinon je n'ai pas le temps de le faire.

En plus, je me suis lancée il n'y a pas longtemps dans le dépistage des troubles sensoriels. Donc j'ai acheté la mallette avec le Sensory baby Test et tout ça... Donc je suis en train aussi de l'intégrer dans le planning de suivi.

Mais oui oui, ce sont des visites qui sont particulières, et pour lesquelles on demande aux patients de nous prévenir et pour lesquelles on a un timing particulier.

L : D'accord. Bon, du coup, on a commencé à parler un peu des outils. Alors quels sont les outils que vous pouvez être amener à utiliser pendant cette consultation ?

M3 : Alors avant, euh... Avant j'utilisais les moyens du bord. C'est à dire, par exemple, pour voir si un enfant saisit avec la participation du pouce, eh ben je le laissais attraper mon stétho ou je lui filais un abaisse langue... euh... Il y a des choses qu'on peut faire soi même. Par exemple

vérifier si il reconnaît son nom, on peut profiter d'un moment de calme pendant l'examen pour l'appeler ! Pour voir si il tourne la tête. Donc ça, c'est des petits gestes que j'apprends aux internes d'ailleurs.

Après je me suis équipée donc avec la mallette complète. Donc, par exemple, à deux voir si il empile les cubes, je le demande aux parents ! Mais c'est aussi très marrant de poser les cubes devant, pendant qu'on discute, et de laisser l'enfant faire tout seul pendant que les grands ont l'air de faire autre chose. Ça je le fais de plus en plus, parce que des fois j'ai des surprises. Et puis je me suis aperçue que lorsqu'on fait ça avec les gamins, ils se laissent mieux examiner après. On a joué avec eux, alors après pop ! L'examen est plus facile.

L : Tout à fait.

M3 : Euh. Voilà... Je réfléchis, donc j'ai le Sensory Baby Test pour tester l'audition. Euh... Il y a dedans... Alors j'utilisais avant, pour faire nommer les images, l'échelle optométrique pour les enfant qui est sur le mur là bas. Mais là il y a des petits cartons avec des dessins qui sont avec des couleurs et qui sont plus familiers pour eux. Donc on fait avec les petits cartons qu'il y a dans la mallette. Euh... Il y a une cible pour la poursuite oculaire... Euh... Donc avant, la poursuite oculaire, je faisais ben pareil, avec les moyens du bord. J'ai aussi (rires) bah j'ai une éolienne pour les faire souffler ! Donc l'éolienne, elle sert aussi à les occuper quand ils sont stressés, mais aussi à voir si ils voient bien ou si, quand ils sont tout petits, si on peut attirer l'attention, donc euh voilà.

L : Donc globalement satisfaite de cet achat.

M3 : Très satisfaite ! Mais j'ai une formation dans 3 semaines pour l'utilisation. Parce que je pense que je suis pas... Je suis pas à l'aise avec l'utilisation des lunettes pour les dépistages des troubles de la vision. Donc je vais en formation pour ça dans 3 semaines, exprès.

L : Et bien justement, ma question suivante était : Que pensez-vous des formations sur le sujet ?

M3 : Eh bien je vous dirais ça quand je serais revenue !!! (rires)

L : Vous n'en avez pas fait encore, c'est ça ?

M3 : Non. Je suis inscrite, mais c'est la première pour ça ouais.

L : Et donc jusqu'à présent, vous aviez votre formation initiale finalement pour votre pratique quotidienne...

M3 : Euh... Oui je réfléchis, finalement est-ce que j'ai fait des formations continues pour... Euh... spécifiquement pour ça... Non, pas pour l'instant. Mais j'ai eu l'occasion en formation initiale d'avoir un bon stage d'externat de pédiatrie et un très bon stage d'internat de pédiatrie. Des stages très formateurs, bien encadrés et formateurs.

L : D'accord. Très bien. Juste par curiosité, avec qui allez-vous faire la formation pour le Sensory Baby Test ?

M3 : Euh... c'est avec MG Form. Mais je ne sais pas qui personnellement. Attendez, je vais regarder... Euh je vais vous dire ça... (regarde sur son ordinateur, dans ses mails) Je vais voir si je la retrouve là. (blanc de quelques secondes...) Je sais que c'est à côté de Montauban. (cherche encore...)

L : Non mais c'est juste pour savoir globalement. Donc c'est avec un organisme de formation qui propose des DPC.

M3 : Exactement. Oui, c'est dans le cadre du DPC. Alors je ne retrouve pas exactement l'information...

L : Et c'est vraiment centré sur le Sensory Baby test ou...

M3 : Non. C'est accès sur le dépistage des troubles sensoriels et troubles du langage des enfants de 0 à 6 ans. Alors l'autre partie qui m'intéresse est sur les troubles du langage. Parce qu'on a beaucoup de demande d'orthophonie qui tombent de « on ne sait pas où ». Et on ne maîtrise pas du tout nos prescriptions d'orthophonie. Donc là, par contre, j'ai une formation égale à zéro. (sourire)

L : D'accord. (rires) Ok. Vous avez déjà répondu à pas mal de choses. Je vais avoir 2 ou 3 points encore... Quel problème peut vous poser la différence que vous allez observer entre 2 enfants du même âge ?

M3 : (réflexion de quelques secondes) Alors pff... J'ai appris à relativiser beaucoup de choses, parce qu'ils n'ont pas tous un développement psychomoteur homogène. Ils font pas tous les choses dans le bon ordre, dans le même ordre.

Alors j'ai 3 enfants. Donc j'ai eu l'occasion d'observer oui, et puis de relativiser aussi beaucoup. Comme on dit, « avant j'avais des principes, maintenant j'ai des enfants ». Mais c'est vraiment ça ! C'est à dire, par exemple, sur mes enfants, j'en ai un sur les 3 qui a parlé avant de marcher. Alors j'avais tout mon entourage qui parlait « oh ! 18 mois et elle marche pas ! ». Bah ouais mais elle parlait comme un bouquin donc euh... Donc il y a des enfants surtout... Je suis médecin de crèche aussi hein. On a souvent le problème qui est pointé en crèche, d'enfants qui sont performants sur un axe et par encore sur l'autre. Donc j'ai appris à relativiser beaucoup. Hum... Il existe un tableau, je ne sais plus quelle est la référence mais je l'ai dans mon petit ordi portable, sur le développement psychomoteur de l'enfant avec les âges euh... minimaux et maximaux auxquels les acquisitions sont faites, et on voit bien sur que tout ne se fait pas dans le même ordre ni au même moment.

Donc en fait, moi je passe beaucoup de temps à faire relativiser aux gens, les enfants ont quand même une pression importante en ce moment pour être vite performant.

Après euh... votre question est sur 2 enfants qui n'auraient pas le même développement mais le même âge ?

L : Oui voilà. Est-ce que ça peut vous poser problème et si oui lequel ?

M3 : Ah non alors. Pas forcément. Non, pas du tout. Justement, c'est en ça que c'est intéressant de le noter d'une fois sur l'autre. Parce que ce qui est inquiétant, bah c'est un peu comme la croissance, c'est pas tellement le temps T, c'est de savoir dans quel sens ça va et si ça évolue. Et puis, voilà, ça dépend aussi du contexte social. Ils ne sont pas tous stimulés de la même façon selon le contexte familial.

L : Et que faites vous lorsque vous êtes face à un potentiel retard soit global soit sur un axe en particulier ?

M3 : Alors. Si c'est un retard, si je m'inquiète, moi j'adresse à un pédiatre ! Parce que c'est son métier, c'est pas le mien ! Là ça relève du pédiatre! Euh... Alors j'ai une amie pédiatre qui est pas loin d'ici, qui s'est installée il n'y a pas longtemps après un long exercice hospitalier, donc avec qui j'ai beaucoup de connivence et beaucoup de confiance. Donc quand j'ai un doute, je l'appelle. J'explique aux parents, je leur dis que là je préfère l'avis d'un spécialiste et voilà. En général, une fois que j'ai appelé, elle reçoit les enfants et elle prend la suite si il y a besoin. Pour l'instant, ça ne m'est pas arrivé...

L : Mais sans qu'il y ait de l'inquiétude, si jamais il y a par exemple, quelque chose que vous essayez de relativiser, qu'est ce que vous faites, pour relativiser ?

M3 : Heu... C'est à dire ?

L : Eh bien, vous avez dit que lorsque vous voyez que l'enfant se développe bien sur certains axes et pas sur un autre, qu'allez vous faire ?

M3 : Bah si je vois que les parents sont inquiets, je leur propose de les revoir à 1 mois ou à 2 mois et puis de refaire. Je leur explique en détails. Par exemple, rien ne m'empêche d'écrire sur le carnet « il fait ça, il fait pas ça, il fait ça... », de lister ce qu'il sait faire. Euh de lister ce qu'un enfant sait faire et puis de revoir à 1 mois et puis de refaire, rechecker. Donc là de leur demander de prévoir une consultation longue, de rechecker les mêmes axes et puis de voir avec eux.

L : D'accord. Donc vous les reconvoquer quelques temps après pour refaire le point et voir l'évolution.

M3 : Exactement. Pour confronter mes 2 examens cliniques ouais.

L: D'accord. Ok. Est-ce que vous pensez que l'argent peut avoir une place dans...

M3 : Des sous ! (rires)

L : Oui (rires). Quelle place peut avoir l'argent pour vous ?

M3 : Bah c'est des consultations qui ont été revalorisées il n'y a pas longtemps. Moi euh, oui l'avantage c'est que si on me donne des sous, je peux faire des consultations longues. C'est tout simple. D'abord on reconnaît ma compétence.

Le Sensory Baby Test, c'est un investissement. Mais c'est un investissement que je peux rentabiliser effectivement quand je facture les dépistages bien sur.

Bah oui, moi je suis comme tout le monde. Mon problème c'est pas de gagner plus, c'est de pouvoir consacrer du temps à ça. Et moi je suis un médecin escargot hein. J'ai tendance à travailler lentement. Mais j'aime bien travailler lentement (rires). C'est dommage parce que c'est pas dans l'air du temps en ce moment mais euh...

Mais euh... Oui, alors le fait que par exemple, les visites pédiatriques aient été revalorisées, bah moi ça me change la vie ! C'est pas les petites rhino ou les trucs comme ça, où c'est des consultations vite faites bah qui sont bien payées oui. Mais la consultation des 9 mois, des 24 mois, rémunérée comme elle est maintenant, bah je trouve ça un peu plus légitime. Il y a un truc qui est dommage, c'est que je puisse pas cumuler les tests auditifs et visuels sur ces consultations-là alors que le bon moment pour les faire, à la visite des 9 mois par exemple. Parce que, bah je le fais quand même ! Donc c'est le problème du système libéral, c'est que bon bah, en France c'est nouveau, parce qu'il y a d'autres pays qui fonctionnent différemment, mais, facturer effectivement ce qu'on fait, ça a quand même du bon dans l'ensemble. Mais c'est vrai que pour la pédiatrie, maintenant on commence à s'y retrouver ! Prévoir des consultations de 30 minutes pour le suivi, là où je mets 15 minutes pour une rhinopharyngite, si je peux rentrer dans mes frais, oui ! J'ai rien contre !

L : (rires) Je comprends tout à fait.

M3 : Pour la psychiatrie aussi, si on pouvait le faire, ça m'arrangerait ! Parce que faire de la psychiatrie vite, ça existe pas ! Donc... (rires)

L : Bien d'accord ! Bon, je vais conclure avec une dernière question sur votre ressenti face à ce genre d'évaluation.

M3 : Moi je suis très à l'aise. J'aime ça. J'ai été... Alors il faut reconnaître que j'ai été sensibilisée même avant mes études médicales, au repérage des troubles psychomoteurs et surtout des troubles relationnels des enfants. Euh donc c'est quelque chose, ouais, avec lequel je suis à l'aise. Euh, que j'aime bien faire. Mais ouais, pour lequel j'ai besoin de temps et...

Après, la difficulté quand on repère un problème, ... Alors ça m'est arrivée mais pas en tant que médecin traitant mais en tant que médecin de crèche. Quand on me signale un enfant pour lequel euh... le personnel de crèche s'inquiète, dans son comportement, notamment 2 pour qui on avait

des troubles envahissants du développement, il y avait des caractéristiques autistiques assez franches... euh... La phase suivante, alors là c'est d'autant plus difficile en crèche parce que je suis pas le médecin traitant, c'est la relation avec les parents. De les inciter à consulter, là pour le coup, à consulter un spécialiste. Parce que, quand c'est en crèche, on fait du repérage mais, moi je vais les parents et ils ont rien demandé. Donc quand je vais les voir en leur disant « écoutez, votre enfant, on s'inquiète un peu pour lui, euh... » bah eux, ils ne voient pas trop de quoi je me mêle en fait ! En tant que médecin de crèche et ils ne sont pas demandeurs... Donc c'est dans cette situation là, c'est un petit peu difficile.

Les 2 situations où j'ai été amenée à faire ça, c'était pour des enfants qui en fait n'avaient pas de suivi régulier par ailleurs. Donc il n'y avait pas un autre médecin qui faisait ça. Donc moi j'arrivais comme un cheveu sur la soupe en disant « voilà on s'inquiète, il faudrait peut être voir un pédiatre »... Il y en a un qu'on a envoyé directement au CAMPS et qui a été bien pris en charge... Dans cette situation là, c'est compliqué.

C'est plus facile en cabinet quand les gens viennent pour ça. Parce qu'ils sont demandeurs et parce qu'ils savent qu'on le fait et qu'on leur dit. (pause) Moi je le fais et puis je le dis aux parents aussi : « Tiens, vous avez vu, il me suit bien du regard. Il vous regarde ? Oui ? », « Tiens, il babille. Est-ce qu'il fait des syllabes ? »... Alors les parents sont très investis là dedans mais ils savent que je suis attentive à ça. Ce qui fait que si il y a un problème, ils sont à l'écoute. En tant que médecin de crèche, c'est un peu plus difficile. Parce que d'habitude je viens pour de l'administratif et les papiers. Et même si je suis venue... Les 2 fois, je suis venue observée l'enfant pendant 1 heure, euh... bah c'est plus difficile d'avoir le lien. Voilà.

L : Bon, donc finalement un vécu plutôt positif.

M3 : Ouais ! J'essaie d'enseigner à mes internes et notamment leur enseigner que ben... à l'observer comme je fais. C'est à dire dans l'activité tout le temps, pour pas que ce soit vécu comme un examen, comme une performance à acquérir mais comme... Bah oui déjà dire que l'enfant a des compétences. C'est une œuvre de Thierry Brazelton. Ils ont des compétences très petits et... ouais les mettre en valeur déjà, c'est valorisant pour les parents aussi. Ca permet de bien créer des liens quand c'est un peu tendu. Et puis euh... C'est une observation de tous les gestes, de tous les instants en fait. C'est même d'ailleurs très rigolo. Mais voilà. C'est moins... Enfin je veux dire, si on le fait pendant l'examen clinique, si l'enfant n'attrape pas le jouet au moment où je lui tends, c'est pas grave. Si il a débarrassé tout mon bureau, c'est qu'il sait le faire. Moi ça me va très bien. (rires) Quand il déchire tout le papier, je suis heureuse ! (rires) Les parents sont là : « attends, faut pas le déchirer!!! » « SI ! Quand il déchire c'est que ça va très bien », quand ils ne déchirent plus c'est que ça va plus !!! (rires)

L : (rires) Donc tout cela vous parle beaucoup. Merci à vous !

11.2. *Entretien n° 7*

L : Pour commencer, parle moi un peu de la manière dont tu vas aborder le développement psychomoteur de l'enfant en bas âge dans ta pratique.

M7 : Euh alors. Généralement, donc, je fais des suivis au niveau pédiatrique. Donc je vois des enfants dès euh... dès le 1er voire euh... Enfin, en tout cas, le 2ème mois, voire le 1er mois. Euh... Donc généralement ça fait partie de mon examen clinique d'évaluer le développement psychomoteur, ben tous les mois à partir du... 2ème mois ! 1er ou 2ème mois.

L : D'accord. Ok. Du coup, on va parler un peu de cette organisation. Tu dis donc tous les mois à partir du 1^{er}-2^{ème} mois.

M7 : Oui !

L : Comment cela va s'inscrire dans ton emploi du temps ces rendez-vous ?

M7 : Alors, généralement, euh... Donc quand les secrétaires le savent, quand c'est des enfants en bas âge, du coup je prends une demi heure pour les voir. Au lieu d'un quart d'heure habituellement pour les consultations. Euh... Voilà ! Qu'est ce que... Par rapport à l'emploi du temps.

L : Donc c'est l

M7 : Oui. C'est les secrétaires qui gèrent l'emploi du temps. Et donc quand elles savent que c'est des suivis pédiatriques, du coup elles me mettent une demi heure pour les voir.

L : D'accord. Tu ne demandes pas de conditions particulières... euh... de choses particulières aux parents de faire, d'amener, de... ?

M7 : A part leur carnet de santé, non. (rire)

L : Ok. Très bon. A ce moment là, peux tu m'expliquer comment tu vas faire ? Alors soit en prenant un exemple, soit un peu de façon générale, pour évaluer précisément le développement psychomoteur.

M7 : Alors généralement, quand je reçois les... voilà un enfant. Je commence à discuter avec les parents. De, bon bah déjà, si ils ont des questions, euh ensuite évaluer en leur posant des questions, bah le comportement de l'enfant, comment il évolue par rapport à son environnement. Euh voilà.

Et puis après, je l'observe, déjà quand il est dans les bras de ses parents. Par rapport au développement. Et puis après sur la table de consultation, voilà.

L : (petite pause) D'accord. Et tu l' observes juste sur la table de consultation ?

M7 : Heu... je l'observe et je l'examine du coup. Euh... la le... la mobilisation des membres, la posture, le tonus euh..... le langage. Enfin voilà !

L : D'accord.

M7 : Voilà.

L : Ok. Quelle place vont pouvoir avoir les outils d'évaluation dans ce temps d'examen ?

M7 : Ah ! Les outils d'évaluation... Du coup, souvent c'est des petits objets. Ça peut être aussi l'oeil de bœuf, par rapport aux premiers mois de vie. Il y a la lumière, euh... Voilà ! Comment il évolue dans son... dans l'espace, les petits jouets.

L : Huhu. Oui, je vois derrière, il y a des jeux (rires des 2). D'accord. Tu parles d'objets tout venants, tu as des exemples à me donner ?

M7 : J'ai pas de euh... d'objet particulier. Enfin j'ai des cubes. Euh... Après bon euh... voir aussi comment ils évoluent, enfin quand ils euh... au niveau des déplacements à partir du moment où ils arrivent à se mobiliser dans l'espace. Euh le le... Dessiner ! Euh... (réfléchit) Voilà euh.

Et après je me sers beaucoup du carnet de santé, de façon aussi pour voir par rapport à chaque stade de développement euh... Voilà, la marche...

L : D'accord. Donc finalement c'est un peu des objets que tu as sous la main.

M7 : Oui, ici au cabinet, je n'ai pas des objets particuliers.

L : Et le carnet de santé comme aide mémoire. Donc c'est tout ce que tu vas être amené à utiliser donc ?

M7 : Mouais.

L : D'accord, très bien. Et euh... quelle part ton expérience, que ce soit personnelle ou professionnelle, peut-elle apporter à tout ça ?

M7 : Euh... (réfléchit) Alors, j'ai... Alors je pense qu'en tant que médecin généraliste, c'est pas évident de suivre des enfants si on n'a pas d'expérience. Beh que ce soit au niveau des études, au niveau des stages, ou même voire sa propre expérience personnelle. Parce que finalement on n'est pas du tout formé, et que en plus au niveau du développement psychomoteur, c'est vrai que c'est quelque chose... ben tu... enfin... c'est vraiment quelque chose que tu dois apprendre par rapport aux âges, par rapport aux stades de développement. Donc euh... donc il faut être, je pense, passé en pédiatrie. Et encore la pédiatrie à l'hôpital, c'est encore autre chose que la pédiatrie libérale. Euh...

Et puis c'est vrai que avoir des enfants et les avoir amené chez le pédiatre (sourire), pour voir un petit peu comment ça se passait, ça m'a beaucoup aidé !

L : D'accord. Donc finalement, ta propre expérience t'aide dans ton quotidien de médecin.

M7 : Ouais. Et du coup, j'ai aussi fait, parce que j'en éprouvais le besoin. A partir du moment, je pense... Nous ici au cabinet, on aime bien faire tous les 3, du suivi pédiatrique. Donc euh... Mais voilà. Je pourrais aussi dire euh... que j'ai, enfin... J'ai pas trop envie de faire de suivi pédiatrique parce que je ne me sens pas à l'aise et voilà. C'est, je pense, vraiment un désir ou pas du médecin de faire ce genre de choses.

Du coup, comme j'avais cette envie quand même de faire ça, j'ai fait un DU à Bordeaux : Médecine générale de l'enfant. Voilà, pour pouvoir me former encore plus. Parce que sinon, sans ça, je pense je ne me sentirais pas à l'aise.

L : D'accord.

M7 : Et encore ! (rires) Même avec ça parfois... Et du coup, heureusement, enfin heureusement... Euh... On essaie aussi de travailler avec les pédiatres et du coup d'avoir des liens. Ben là avec une pédiatre à Montardon, Caroline Lafort. Du coup, si on a des soucis, on l'appelle. Voilà, on essaie de travailler en relation avec elle quoi.

L : D'accord, très bien. Ben justement, tu as abordé 2 points que je voulais aborder un peu après. Je vais revenir sur la formation en elle-même. Qu'est ce que tu penses finalement sur le sujet de la formation, que ce soit initiale ou complémentaire, sur ta formation à toi ?

M7 : Moi, à l'époque, on n'était pas obligé de passer en pédiatrie. C'était ou pédiatrie ou gynécologie euh... Donc j'ai eu l'occasion de faire les 2 parce que j'ai fait, je suis allée en DOM-TOM donc j'ai fait des semestres en plus. Et du coup j'ai pu faire les 2. Mais voilà, c'était pas obligatoire. Et donc, si tu ne passes en pédiatrie, je vois mal comment tu peux faire de la pédiatrie après en médecine libérale.

L : Je comprends. D'accord, très bien (sourire). Donc ça, c'est pour ta propre formation initiale. Et après, sur le DU dont tu me parlais juste avant, sur le développement psychomoteur, qu'est ce que ça t'a apporté ?

M7 : Oui. Alors. Après euh... je pense que le développement psychomoteur c'est vraiment euh... la base en pédiatrie. En tout cas, en libéral pour nous. Donc euh... Du coup, ça a été abordé lors du DU mais c'est vrai que finalement on n'a pas eu euh... Je pense que ça, ça manque vraiment à chaque âge. Parce que, que ce soit pendant les études, de la formation initiale, même là au DU, ben on passe assez vite quand même. Et en pratique, je pense que ça manque de vraiment... Parce que voilà on nous développe rapidement les choses qu'il y a à faire à 2 mois, à 4 mois, à 9 mois euh... 2 ans. Et puis, finalement, on... Je pense qu'on ne le retient pas assez quoi. Il faut vraiment revoir ça. Au niveau du DU, même si il était assez pratique euh... sur beaucoup d'aspects, ça a manqué je pense sur le développement psychomoteur.

L : Donc sur le plan du développement psychomoteur, tu penses que ça peut être mieux fait. Comment ?

M7 : Alors ça en fait, je me rends compte, que vraiment au niveau de la pratique, je pense qu'il faut vraiment un cours vraiment QUE sur ça, et vraiment ben c'est le pourquoi, le comment... Aussi comment le rechercher ! Parce que des fois, c'est juste, on te dit « voilà il faut faire ça » et puis en fait, tu sais pas comment, au niveau clinique, pendant l'examen, comment faire pour rechercher ça quoi.

L : D'accord. Donc, si je peux résumer, tu étais contente de ta formation mais que sur le développement psychomoteur, c'était finalement trop rapide...

M7 : Oui, trop rapide.

L : ...et pas assez accès sur ta pratique et sur comment tu peux le mettre en place.

M7 : Oui, exactement ça.

L : D'accord. Ok. Bon très bien. Donc là, on a parlé de la formation. Je reviens sur les relations, tu parlais de la relation avec une pédiatre pas loin de chez toi. Comment tu gères exactement tes relations avec les autres intervenants qui vont être amenés à suivre les enfants en bas âge ?

M7 : Alors euh... De principe, j'essaie... Je pense que là c'est ce qui va aussi euh... être ma façon de travailler, de quand même essayer de travailler le plus possible avec les différents intervenants du coup qui peuvent... dont on peut avoir besoin chez l'enfant. Euh... Que ce soit les pédiatres, que ce soit les orthophonistes, les kinés... Du coup travailler en relation euh. Là, donc euh... Parce que Caroline Lafort, je l'ai rencontrée lors de formations et puis je lui ai aussi amené mes enfants. Du coup on a un petit peu discuté de comment ça pouvait se mettre en place. Comme elle aussi, elle a beaucoup de monde. Du coup, il y a même des patients du coin qui viennent la voir ! Du coup, on essaie de faire, bah un mois c'est elle qui la voit, un mois c'est moi qui la voit. Et puis si il y a un soucis, beh du coup je l'appelle entre temps. Voilà.

L : D'accord.

M7 : Ou alors voilà, si on a des soucis, quand on voit des enfants qu'on voit régulièrement ici au cabinet, on arrive à la joindre assez facilement du coup. Pour lui poser des questions ou pour lui adresser des enfants.

L : D'accord. Quand tu parles du 1 mois-1 mois, c'est pour des personnes qui sont déjà suivies par le pédiatre. Spontanément, ils sont allés vers lui ou c'est toi qui...

M7 : Alors. Généralement oui c'est ça. C'est des enfants qui spontanément sont allés la voir et elle leur a proposé du coup de faire en alternance avec le médecin généraliste quoi.

L : D'accord. Ok.

M7 : Si ils le voulaient bien.

L : D'accord. Et toi après, du coup, quand toi, tu suis des enfants, tu vas aller vers elle que en cas de...

M7 : (termine ma phrase) Si j'ai un soucis.

L : De soucis. D'accord. Voilà. Très bien. Tu as d'autres intervenants sur le plan médical ?

M7 : Euh... Sur le plan médical ? Après, euh... en pédiatrie, j'ai aussi un autre pédiatre, Dr Assali à Pau. Avec qui je suis en relation quand j'ai des soucis au niveau allerge ou pneumo. Du coup, je l'appelle.

L : D'accord. Ok. Mais pas forcément pour le développement psychomoteur. Tu restes plutôt avec cette pédiatre...

M7 : Oui avec Caroline Lafort.

L : D'accord. Très bien. Euh... J'aurais une petite question sur comment tu vas faire face à deux enfants qui ont le même âge mais qui n'ont pas le même développement ?

M7 : Alors, 2 enfants qui n'ont pas le même âge mais qui n'ont pas le même développement ?

L : Non ! Qui ont LE MEME âge ! Mais qui n'ont pas le même développement psychomoteur.

M7 : Ah oui pardon ! Qui ont le même âge mais pas le même développement. Euh...

Tout dépend à quel point... Enfin voilà, le développement psychomoteur est différent. Mais euh... Si pour moi... Pour moi c'est possible ! Qu'il n'y ait pas le même développement psychomoteur, même au même âge. Et voilà, tout dépend si c'est un développement qui est... enfin... Qui me semble pathologique ou pas. Parce que ça peut être le cas sans que ce soit pathologique.

L : Bien sur. Et comment tu... comment tu dépistes, tu arrives à savoir si c'est pathologique ou pas ?

M7 : Euh... Ben... Alors, j'ai pas d'exemple là à te dire... Euh... (réfléchit quelques secondes)

Par exemple, par rapport à la marche. Voilà ! L'acquisition de la marche, ben on a quand même un laps de temps finalement où ça peut se faire. Enfin, une... donc euh... Bah au même âge, 2 enfants , il y en a un qui peut marcher et l'autre pas ! Généralement, celui qui ne peut pas marcher, qui n'arrive pas à marcher à un âge donné, ben il y a une surveillance plus rapprochée. Et il y a un examen clinique un peu plus approfondi pour voir d'où peut venir le fait qu'il n'a pas encore acquis la marche.

L : Qui est ce retard d'acquisition... D'accord. Ok. Et euh... Je vais essayer de te faire un peu plus avancé sur cette démarche là. Euh... Tu dis qu'il y a des âges auxquels

l'acquisition doit être faite. Ces âges là, tu utilises du coup quoi pour t'en souvenir ? Toi, tu les sais ou tu utilises quelque chose ?

M7 : Euh... (réfléchit) Alors, il y a le carnet de santé et après euh... J'ai mon petit bouquin (rires).

L : Ouais !

M7 : C'est vrai que je n'ai pas parlé de mon petit bouquin de pédiatrie ! Que j'utilise, voilà, si j'ai un doute ou si...

L : D'accord. Donc c'est un bouquin référence qui...

M7 : Voilà.

L : Que tu as choisi toi même ou... ?

M7 : Que... Oui oui. Que j'ai trouvé.

L : Personne ne te l'a conseillé ?

M7 : Non.

L : Ou que tu avais acheté pendant tes études...

M7 : Exactement !

L : (rires) D'accord. OK. Très bien.

M7 : Et l'internet aussi ! (rires)

L : Oui? Et internet ? Tu as des sites de références ?

M7 : Euh bah...

L : Comment vas tu utiliser cet internet dans ta pratique ?

M7 : (réfléchit) Et internet... Bah je ne sais même plus comment il s'appelle... C'est le site de pédiatrie euh... (commence à regarder sur son ordinateur) C'est la Société de Pédiatrie Française qui a fait ça mais je ne sais plus comment il s'appelle... (regarde son historique mais ne trouve pas)

L : Donc tu as un site vraiment que tu retrouves facilement...

M7 : Oui ! Ouais ouais ouais.

L : D'accord.

M7 : Et après sinon, j'ai aussi les cours que, beh Caroline Lafort nous a fait du coup, par rapport au développement psychomoteur.

L : D'accord. Donc tu as aussi des cours. Donc tu as une formation avec cette pédiatre en plus ?

M7 : Oui oui !

L : Donc finalement tu as plusieurs formations.

M7 : Oui, c'est vrai !

L : Tu as ce DU et...

M7 : Et en fait, Caroline Lafort qui fait euh... On a un petit groupe là de médecins qui est... De temps en temps, on la voit et on... on lui demande quels thèmes nous intéresseraient et puis... Voilà.

L : D'accord. Ok. Très bien. Euh... je vais avoir encore 1 ou 2 questions à te poser. Quelle place l'argent peut avoir pour toi dans ce type d'évaluation ?

M7 : Alors (rire) Ça vaut le coup que tu m'en parles ! Parce que en fait, là, rien à voir avec... Comment t'expliquer ! (rires des 2) Rien à voir avec...

En fait, au niveau de la cotation, j'ai pas vraiment fait attention, là jusqu'à présent. Quelle cotation différente pouvait avoir le... le fait de prendre plus de temps finalement pour faire le développement psychomoteur.

L : Huhum !

M7 : Euh... Je pense que... Euh oui voilà. J'ai pas fait attention. Donc là je côtoie vraiment comme une consultation pédiatrique. Je ne me suis pas encore... Et dernièrement, j'ai appris que, pour certains examens clés au niveau du développement psychomoteur, les 2 mois, les 9 mois... Euh... Ça pouvait être pris en tiers payant. Ce que je ne savais pas jusqu'à présent ! Voilà ! (rires des 2) Donc maintenant que je sais ça, peut être que je vais faire plus attention.

Parce que c'est vrai que ça prend quand même du temps. Et voilà.

L : D'accord. Donc finalement tu n'étais pas au courant.

M7 : Je n'étais pas au courant.

L : Et tu penses que ça va... Que tu vas le mettre en place...

M7 : Bah disons que ça va plus facile pour moi de le mettre en place, par rapport effectivement aux parents, euh.... voilà.

L : Par rapport à quoi ?

M7 : Pour pouvoir justifier. En soi, je trouve que, voilà, c'est important de... Enfin c'est quand même des examens particuliers, tu prends du temps donc euh... ça me semble normal que ce soit côté de façon différente qu'un examen classique de pédiatrie. Enfin qu'un examen voilà, de tous les jours dans une consultation... Mais c'est vrai que je ne m'étais pas posé... Enfin que je ne m'étais pas... Que j'avais pas fait...

L : D'accord. Et donc, dans ta pratique, ça va changer quoi maintenant que tu connais ces cotations ?

M7 : Maintenant que je sais, il faudrait que je mette en place quoi.

L : Juste pour la facturation ou... ? Ou pour d'autres choses, sur ton temps, sur ton examen... ta façon de travailler...

M7 : Alors effectivement, pourquoi pas prendre plus de temps. Donc ça il faudrait que j'y réfléchisse en fait. Savoir comment je peux m'organiser au niveau de l'organisation. Là dernièrement aussi, je voulais m'acheter une mallette de pédiatrie, par rapport à l'examen, au développement psychomoteur. Donc au niveau aussi de l'audition, au niveau visuel... Voilà je voulais acheter cette fameuse mallette !

Donc je me dis que ça peut... Voilà, me motiver à un peu plus investir dans ces consultations.

L : D'accord. Donc finalement aussi, voilà, faire un investissement financier pour pouvoir faire plus de choses dans ta consultation.

M7 : Exactement.

L : D'accord. Très bien ! Bon et alors, on va conclure. Hormis tout ce dont on vient de parler, finalement, quel est ton ressenti personnel sur ce genre d'évaluation ?

M7 : Euh... (réfléchit quelques secondes) Donc, comme je te disais, moi c'est quelque chose qui m'intéresse dans la pratique de la médecine générale de pouvoir faire autant de l'enfant que de l'adulte, que de la personne âgée. Donc euh... mais ! C'est aussi important de... savoir, je pense, rester à sa place et de se dire ben « on peut pas tout faire, on peut pas tout savoir ». Il faut savoir se former du coup par rapport à ça. Il faut aussi savoir effectivement, avoir le matériel adapté et avoir une formation continue. Et puis... savoir dire bah que quand on ne sait pas, on ne sait pas ! Et après savoir adresser à des personnes compétentes. Voilà.

L : D'accord. Donc ton ressenti est que tu es intéressée et que tu as envie de continuer à progresser dans ce domaine, tout en sachant passer la main en cas de problème.

M7 : Tout à fait. Tout en sachant mes limites, j'espère !

L : D'accord (rires des 2). Pas d'autre point dont tu voudrais parler ?

M7 : Euh... Par rapport au développement psychomoteur... Écoute, non. Après je pense qu'effectivement ça doit faire partie de la formation initiale de tout médecin généraliste. Et de plus en plus, vu la pénurie de pédiatres qui va... qui est là !

L : (rires des 2) On est déjà dedans ! Et bien d'accord. Merci beaucoup !

11.3. *Entretien n°11 :*

L : Alors, pour commencer, parlez-moi de la manière dont vous allez aborder le développement psychomoteur de l'enfant en bas âge dans votre pratique.

M11 : Euh... A savoir, sur les consultations, sur euh... ?

L : Ce que vous voulez !

M11 : Bah sur les consult du suivi ! Euh... Bah déjà je vois un peu comment il se comporte. Euh... Puis après, je pose quelques questions à la famille : savoir comment il se comporte à la maison, enfin quels sont... Enfin les questions un peu... Qu'on pose habituellement ! Si il commence à parler, à babiller, à montrer du doigt. Voilà par... Par de l'observation et du questionnement au niveau de la famille. Enfin de la maman ou du papa quoi.

L : D'accord. Ok. Donc ça c'est sur comment vous allez rechercher ce développement psychomoteur.

M11 : Voilà.

L : D'accord. Donc les questionnements aux parents et l'observation euh... Vous allez juste évoquer. Qu'est ce que vous allez faire comme observation ?

M11 : Beh je regarde un peu comment il se comporte dans une consultation. Après j'ai pas... Je suis nouvellement installé donc j'ai pas encore de... D'espace pour les faire jouer ou les faire euh... des jeux pour voir un petit peu les assemblages et tout ça... J'ai pas encore dans mon cabinet.

L : Pas encore ? Ca veut dire que il y a l'idée euh... ?

M11 : Oui, oui ! Ah oui complètement !

L : De faire quoi alors ?

M11 : Parce qu'à un moment donné, je partageai le bureau avec quelqu'un. Donc c'était compliqué d'avoir son propre mobilier.

L : Tout à fait.

M11 : Depuis peu là, euh.. Je l'ai que pour moi et je suis sensé m'installer derrière, donc là je vais... Je suis en train. Il va falloir que je mette tout un peu à....

L : Prendre possession...

M11 : Voilà. A prendre possession des locaux et du coup j'aurais un peu plus de matériel pour que les enfants s'amuse. Et du coup, aussi de regarder un peu comment ils...

L : Et donc vous avez déjà un petit peu une idée de ce que vous voulez acquérir et installer dans ce bureau ?

M11 : Non... Je n'y ai pas encore réfléchi, je vous avoue... J'ai pas encore réfléchi.

L : D'accord. (sourire) Très bien. Ça marche. Donc le temps d'observation, euh... pour le moment puisqu'il n'y a pas encore tout ce coin que vous voulez mettre en place !... Qu'est ce que vous allez rechercher sur cette observation ?

M11 : (souffle) Qu'est ce que je vais rechercher ? Bah alors... Des... des éventuels problèmes, des éventuels déficits dans certains domaines. Euh... Voilà. Je sais pas quoi vous dire d'autres !...

L : Huhum ! C'est vraiment en fonction de l'enfant, de son âge, en fonction de ce qu'il va être... faire spontanément ?

M11 : Oui voilà ! Oui oui. Euh... Oui. Voilà.

L : D'accord. Ok. Euh... Et après, du coup, questions observation, est-ce qu'il y a d'autres choses que vous allez être amené à faire pendant la consultation ? Pour le développement psychomoteur.

M11 : Euh... Pour l'instant non. Non.

L : Non ?

M11 : Non. Non non. Parce qu'après le reste, c'est plus du... Ça va être plus justement de lui faire faire certaines choses que je ne peux pas encore dans ce bureau quoi, en tout cas.

L : D'accord. OK. Même sur les tous petits ?

M11 : Euh... Sur les tout petits, c'est à dire ?

L : Bah les moins de 1 an. Les tout tout petits...

M11 : Ah non non ! Ca, après, c'est au niveau de l'examen clinique.

L : Ah ! (soulagée)

M11 : Au niveau de l'examen clinique, oui oui ! Je parlais à coté sur le... Oui ! Non, non, sur l'examen clinique ! Oui, après je fais l'examen clinique... je sais pas euh... pédiatrique quoi !

L : Huhum... (laisse poursuivre)

M11 : Donc euh...

L : Qui correspond à quoi pour vous alors cet examen clinique ?

M11 : Beh quiiii.... Je sais pas hein... Je je (bafouille, rires) J'ai l'impression que c'est plus une évaluation de mes... (assez mal à l'aise)

L : Non ! Du tout ! (désolée) C'est vraiment pour voir comment vous...

M11 : Bah je... C'est un examen clinique lambda quoi ! Adapté à l'âge à mon sens.

L : D'accord. Ok. Très bien.

M11 : Et voilà.

L : Ça me va, très bien. (un peu gênée...) Euh... Du coup, en dehors de la réalisation en elle-même de l'examen, quelle va être votre organisation sur l'emploi du temps de ce type de consultation ?

M11 : Alors, moi je... Je prends des créneaux plus longs pour les euh... Pour les consultations de suivi en fait. Qui sont... Normalement je fais des consultation de un quart d'heure, là je passe à une bonne demie heure pour... dès qu'un enfant à moins de 2 ans et que c'est une consultation de suivi. Voilà. Donc ça va être adapté par rapport à... à une consultation où je sais que c'est une pathologie aiguë où là je prends moins de temps pour euh... Ou pour les vaccins des plus

grands, je prends moins de temps également. Mais pour tout ce qui est suivi du moins de 2 ans, je prends toujours au moins une demie heure. Enfin une ½ heure...

L : D'accord. Et ça c'est vous qui le gérez ce temps de... ?

M11 : Je le dis. Les secrétaires le savent. Ouais.

L : D'accord. Que si c'est du suivi c'est une ½ heure.

M11 : Oui. Voilà.

L : D'accord. Euh... (jette un œil sur la trame) Je vais revenir un peu sur les outils. Donc vous disiez que, pour le moment, il n'y avait pas forcément d'outils euh... enfin d'objets que vous étiez amené à utiliser.

M11 : Oui. Huhum.

L : Est-ce que, malgré tout, actuellement, vous avez des outils particuliers, que ce soient des supports ou... ou des objets que vous êtes amené à utiliser ou à détourner ?

M11 : Ah euh... Pour faire ... ?

L : Pour l'évaluation.

M11 : Bah... plus support... J'ai Padiadoc que je regarde pas mal.

L : Ouais (geste du menton pour encourager à poursuivre)

M11 : Euh... Parce que... Parce que j'ai toujours fait avec ça un peu ! D'accord. Et sinon après, j'ai pas d'autres euh...

L : Pas d'autre support ?

M11 : Non.

L : D'accord. Quelle part votre expérience personnelle, familiale, peut-elle avoir dans ce genre d'évaluation ?

M11 : Euh... Sur l'évaluation du développement psychomoteur ?

L : Oui. Sur le développement psychomoteur.

M11 : (réfléchit) Beh, personnelle professionnelle ou personnelle juste en dehors de...

L : Plutôt en dehors du cabinet. Après si vous souhaitez parler de ce qui se passe au cabinet...

M11 : Non. Enfin plus. Moi ce que j'ai... J'ai fait la pédiatrie à l'hôpital de Rodez. Et voilà, c'est là où j'ai appris les principales choses... Après j'ai pas fait de pédiatrie en libéral pendant mon cursus. Et quand je suis tombé sur des stages... euh... bah chez le praticien, ils n'étaient pas plus accès pédiatrie que ça. Donc c'est vrai que... Que c'est plus la pédiatrie hospitalière qui m'a appris ces bases.

Et après, au niveau de mon vécu personnel, il y a rien de...

L : Rien de particulier... Qui pourrait influencer...

M11 : Qui pourrait influencer non.

L : D'un côté ou de l'autre ?

M11 : Non non.

L : D'accord. Ok. Et du coup, je reviens sur la formation. Vous me parliez en tant que stage en tant qu'interne. Qu'est ce que vous en pensez finalement de ces formations ? Que ce soit initiale ou même après...

M11 : Elle est insuffisante à mon sens. Enfin, en tout cas, celle qu'on a eu à Toulouse. Hospitalière, elle était très bien pour gérer les problèmes beh qu'on voit à l'hôpital ! Euh... Mais on n'avait pas eu beaucoup d'enseignements, on va dire un peu transversaux, sur de la pédiatrie un peu générale... euh... Et après, les... j'ai pas eu forcément l'occasion de rattraper dans des stages libéraux à visée ou à orientation pédiatrique en tout cas.

Mais après, sur de la... Sur la pédiatrie, on apprend un peu sur le tas aussi quoi. C'est surtout...

L : C'est dans votre pratique...

M11 : Voilà. J'essaie de me documenter, de lire un peu des trucs... Et après voilà. Après pour l'instant, je n'ai pas eu vraiment de soucis de développement psychomoteur, de dépistage de développement psychomoteur. Euh... Mais euh... Mais je compte sur des pédiatres assez réactifs si jamais j'en... j'en ai. Vous voyez ce que je veux dire (rires).

L : Bien sur. Et du coup, bah, comment vous allez gérer, pas sur le développement psychomot puisque vous n'avez pas encore l'occasion... Mais à gérer les autres intervenants et vos interlocuteurs ?

M11 : Ouais ? Bah j'essaie d'appeler à l'hôpital en pédiatrie.

L : A l'hôpital ?

M11 : A l'hôpital de Pau. Euh... j'ai eu l'autre jour, bah... une suspicion de puberté précoce. Donc ils ont été assez réactifs et du coup... C'est pas des trucs qu'on rencontre... Moi je n'en avais jamais vu ! Et euh... Non, non. Ça avait l'air de fonctionner ! J'ai pas eu beaucoup à faire à eux. Mais le peu de fois où j'ai eu besoin de quelque chose d'assez précis et assez à cours terme, ils ont été réactifs en tout cas.

L : D'accord. Donc finalement vous décrochez votre téléphone vers l'hôpital... et on voit ce qui se passe.

M11 : Oui voilà. Et j'ai eu à faire à un peu à la PMI mais c'est plus eux qui m'ont appelé que l'inverse.

L : D'accord. Très bien. Et vous n'avez jamais rencontré de problème à pointer du doigt. Mais comment vous gérez quand vous avez 2 enfants dans votre patientèle qui ont le même âge mais qui ne vont pas avoir le même développement psychomoteur ?

M11 : Pas du tout... Pas au sein de la même consultation ?

L : Non. Pas au sein de la même consultation. Mais voilà, si vous êtes amené à suivre 2 enfants mais ils ne vont pas avoir le même développement. Qu'est ce que vous allez, comment vous allez gérer cette situation ?

M11 : Je vous avoue que j'ai pas eu forcément l'occasion ni le... euh...

L : Si ça ne s'est jamais présenté, c'est pas grave.

M11 : J'ai pas l'impression que ce soit... En fait, les petits qui ont un retard de développement psychomoteur que j'ai pour l'instant dans ma patientèle, ils sont plus vieux et ils sont déjà... il y a déjà un suivi qui est...

L : Vous n'avez pas été en première ligne.

M11 : Ouais. Voilà ! Pour l'instant je n'ai pas trop été en première ligne sur la... sur les... sur la découverte de ce genre de troubles. Et j'ai pas été confronté à ce genre de situation je vous avoue.

L : D'accord. Ok. Très bien, pas de soucis !

M11 : Mais après, comment je gérerai, je vous avoue que je sais pas du tout ! (rire discret)

L : Ouais. A réfléchir ! Au moment venu.

M11 : A réfléchir. Voilà. De s'adapter un peu en fonction de la famille aussi... de... Mais... (pause)

L : D'accord. Je ne vais pas avoir beaucoup d'autres questions. Ma prochaine question va porter sur l'argent. Quelle place peut-il avoir dans ce type d'évaluation pour vous ?

M11 : Ah... C'est à dire ?

L : Beh, est-ce que pour vous l'argent va vous poser un problème, est-ce que ça va être une difficulté ou au contraire vous en avez rien à faire... Enfin, quelle place a l'argent pour vous ?

M11 : Euh... Mais je comprends pas trop la question en fait...

L : Ahah... (bien embêtée...)

M11 : L'argent euh...

L : L'argent, ça peut être la rémunération, ça peut être...

M11 : Ah ! D'accord ! Par rapport à la... à une éventuelle rémunération de...

L : Par exemple...

M11 : Beh... Enfin. Je... Je sais pas. Moi je ne trouve pas ça foncièrement important. Ils ont créé des... des types de consultation que moi je n'applique pas trop. Euh... Comme par exemple là, pour les... la consultation pour la contraception... Enfin on le faisait avant, ça reste une consultation comme une autre. Enfin c'est important ! Mais euh... je trouve que c'est se tromper

de problème un peu le... De majorer les consultations un peu plus... Je sais pas, un peu plus longue. Après que ce soit... Parce qu'il y a déjà assez, entre les certificats obligatoires là jusqu'à 2 ans, il y en a 3. Après, si il faut faire... non ouais. Je trouve pas que ce soit...

L : Vous dites c'est pas le problème.

M11 : Bah je trouve pas que ce soit important de valoriser ces consultations par euh... par voilà une carotte euh... on va dire pécuniaire quoi. Voilà.

L : D'accord. Et alors pour vous, qu'est ce qui serait plus important ?

M11 : Beh, de plus... Ah pour les mettre en valeur ?

L : Pour les mettre en valeur... Pour vous, qu'est ce qui serait plus important sur cette consultation là ?

M11 : Beh que... Que les parents soient un peu plus informés. Qu'il y ait peut être un peu plus de prévention. Parce que les parents sont... pratiquement pour... Déjà pour les consultations obligatoires, ils ne savent même pas qu'elles existent. Souvent, c'est euh... « ah oui, au fait, j'ai oublié, il y a ça à remplir ! » à la fin de la consultation... Je sais pas. Je trouve que les parents sont pas foncièrement au courant de ça et des éventuels problèmes de développement psychomoteur qui puissent exister. Donc euh... Ouais c'est peut être plus ça qui serait peut être intéressant de développer...

L : Plutôt de l'information auprès des parents ?

M11 : Auprès des parents ouais.

L : Et comment vous... Comment ça pourrait être mise en place à votre avis ?

M11 : Beh peut être par nous aussi ! Je pense. Par nous, peut être par des campagnes de prévention un peu plus euh... générales. Puis voilà... Je sais pas trop...

L : Non non ! Mais c'est...

M11 : Ouais ouais !

L : Je vous laisse exploiter cette idée-là !

M11 : Ouais. Je...

L : Pour voir un peu quel est votre ressenti...

M11 : Mouais, c'est plus dans ce sens là... Parce que c'est vrai que...

L : D'accord. Donc le manque d'informations des parents qu'il faudrait essayer de... combler.

M11 : Ouais. Enfin, parce que je pense que... Enfin, ils ne sont pas forcément au courant de... qu'il y a des consultations un peu dédiées au... voilà 9 mois, 2 ans... Ils sont pas... Alors c'est pas que ça les intéresse pas ! C'est qu'ils ne savent pas quoi ! Ils sont...

L : D'accord... Ok. Bon, alors pour conclure, en dehors de tout ce qu'on vient d'aborder, finalement quel est votre ressenti sur cette évaluation ? Votre vécu personnel ou votre ressenti...

M11 : Beh... Je me dis, moi je ne me sens pas... assez compétent... Enfin j'ai pas eu, j'ai pas dépister de... de retard de développement psychomoteur et euh... Ce qui est plus dur, c'est de passer à côté. D'avoir peur de passer à côté de quelque chose comme ça. Après je me dis que ce sera toujours... Enfin il faut que les parents nous aident aussi dans ça. C'est vraiment à eux... Parce que c'est pas facile de le dépister en 30 minutes de consultation euh... on peut passer à côté. Eum... Donc ouais, c'est quelque chose où j'ai besoin de... je sens que j'ai besoin de me former, c'est prévu et c'est... J'essaie de lire, dès qu'il y a une consultation de... je regarde un petit peu avant, qu'est ce qu'il faut que je cherche, sur Pédiadoc, ou des choses comme ça.

L : D'accord. Vous ressortez votre... en prévision.

M11 : En prévision ouais.

L : Vous voyez sur le planning et vous regardez du coup qu'est-ce qu'il faut faire.

M11 : Ouais ouais ! Jusqu'à ce que ça devienne un automatisme de savoir, quel...

L : Et vous parliez des formations que vous aviez prévues de faire. C'est sous quelle forme ?

M11 : Je sais pas moi. Des choses de formation continue. Des petits congrès, des choses comme ça qui a sur...

L : D'accord. Plutôt des formations orales.

M11 : Ouais. Comme ça je fixe mieux ! (rires) Que si j'ai des choses à lire ou...

L : (rires aussi) Tout à fait. Très bien. Merci !

M11 : Mais de rien !

SERMENT MEDICAL

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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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.

RESUME

Quels sont les freins et difficultés rencontrés par les médecins généralistes pour évaluer le développement psychomoteur d'un enfant de moins de 3 ans ?

Introduction : Le retard de développement psychomoteur concerne plus de 2% des enfants nés en France. En 2005, l'HAS a proposé une évaluation type pour les médecins généralistes. Cependant, le repérage d'un trouble du développement psychomoteur reste souvent tardif et la prise en charge est rarement précoce.

Objectif : Notre travail souhaitait comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour l'évaluation du développement psychomoteur des enfants de moins de 3 ans.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes installés dans la région de Pau.

Résultats : 14 médecins ont été interviewés. Tous mettaient en avant le manque de temps dans leur pratique pour effectuer un repérage correct d'une anomalie du développement psychomoteur de l'enfant. Cette difficulté s'expliquait par une organisation parfois compliquée face aux multiples prérogatives du médecin généraliste. Certains évoquaient leur manque d'expérience, n'ayant jamais été confrontés à la découverte d'un retard de développement. De plus, malgré la place déterminante des parents dans le suivi de leur enfant, quelques médecins soulignaient leur manque de confiance par rapport au repérage effectué par les parents ainsi que le manque d'information de ces derniers. D'autres difficultés étaient également soulevées : manque de formation, réticence à l'utilisation d'outils spécifiques, accès compliqué aux spécialistes parfois par manque de moyens financiers des familles, rémunération insuffisante des médecins.

Conclusion : Face aux nombreuses difficultés rencontrées, il semble important de réfléchir aux mesures qui permettraient de « généraliser » et faciliter l'examen du développement psychomoteur par le médecin généraliste, afin de mieux repérer les enfants en difficulté.

Mots-clés : Médecine générale, Evaluation, Développement psychomoteur, Troubles psychomoteurs, Enfants.

Title : Developmental assessment of children under 3 years old : difficulties in general practice.

Keywords : General practice, Assessment, Brain development, Psychomotor disorders, Children.

Discipline : Médecine générale

Intitulé et adresse de l'UFR : UFR des Sciences Médicales – Université de Bordeaux 146 rue Léo Saignat Case 16 – Espace santé 33 076 BORDEAUX