



HAL
open science

Évaluation des pratiques des médecins généralistes de l'Aude concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de 0 à 6 ans

Antoine Grimaud

► **To cite this version:**

Antoine Grimaud. Évaluation des pratiques des médecins généralistes de l'Aude concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de 0 à 6 ans. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02973895

HAL Id: dumas-02973895

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02973895>

Submitted on 21 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Antoine GRIMAUD

le 27 novembre 2018

TITRE

**EVALUATION DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE L'AUDE
CONCERNANT LE SUIVI DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DES
ENFANTS AGES DE 0 A 6 ANS**

Directeur de thèse : Docteur GOURDON Jacques

JURY

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Professeur BAGHDADLI Amaria

Professeur ROUBERTIE Agathe

Docteur GOURDON Jacques

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Antoine GRIMAUD

le 27 novembre 2018

TITRE

**EVALUATION DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE L'AUDE
CONCERNANT LE SUIVI DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DES
ENFANTS AGES DE 0 A 6 ANS**

Directeur de thèse : Docteur GOURDON Jacques

JURY

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Professeur BAGHDADLI Amaria

Professeur ROUBERTIE Agathe

Docteur GOURDON Jacques

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHFORD Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	Madeleine	THEVENET André
CLOT Jacques	MAGNAN DE BORNIER Bernard	VIDAL Jacques

DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

VISIÈRE Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénérologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie
médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline-Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc- Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury,

Monsieur le **Professeur Lambert Philippe,**

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et je vous en suis extrêmement reconnaissant. J'aime à croire que ce sujet vous intéressera, vous qui encadrez l'enseignement de notre art à travers les différentes générations d'étudiants.

A mes 1er et 2eme Assesseurs,

Madame le **Professeur de pédopsychiatrie Baghdadli Amaria,**

Madame le **Professeur de neuropédiatrie Roubertie Agathe,**

Je suis honoré de pouvoir être jugé par votre regard de spécialistes, et très heureux que vous puissiez apporter votre analyse et votre expérience sur ce sujet.

J'espère que vous apprécierez ce travail qui a pour but de participer à l'évolution de notre spécialité de médecine générale ainsi qu'à la collaboration entre nos disciplines. Merci à vous.

A mes Maîtres,

A mon directeur de thèse, le **Docteur Gourdon Jacques,**

Merci de m'avoir guidé au cours de cette thèse, mais surtout merci pour la qualité de ton enseignement. Merci de m'avoir éclairé, dès mes premiers jours dans la médecine générale et tout le long de mon internat, avec la gentillesse et le dévouement qui te caractérisent. J'aime à penser aujourd'hui, qu'une partie de mon raisonnement clinique et de ma façon de travailler en médecine générale proviennent de ces expériences partagées. Merci aussi pour nos discussions qui invitaient à la réflexion et pour ton envie de toujours approfondir tes connaissances. J'espère pouvoir encore apprendre beaucoup à ton contact.

Au Docteur Dejean Christine,

Merci d'avoir encadré mes premiers pas dans la médecine générale avec la gentillesse et la bienveillance que tu portes également tous les jours à tes patients. Merci aussi pour la confiance que tu m'as rapidement accordée. Tout cela m'a conforté dans mon envie de m'installer plus tard. Je pense que pour toi c'est un objectif qui est atteint !

Au Docteur Gourin Joëlle,

Merci de m'avoir sensibilisé au domaine du suivi du développement psychomoteur des enfants et à cette approche différente mais complémentaire de la médecine générale. Merci pour la richesse de ton enseignement pratique et théorique.

Merci également à l'ensemble de l'équipe de PMI de Sète pour les six mois passés à vos côtés.

A ma famille,

A mes parents, merci d'être toujours présents pour moi depuis mon plus jeune âge et pour votre soutien tout au long de mes études. Merci pour votre éducation et les valeurs que vous m'avez transmises. Merci d'avoir toujours voulu le meilleur pour vos enfants et de nous avoir fait découvrir d'autres visions du monde. Je suis fier de vous avoir comme parents.

A ma sœur, mon frère, à mon beau-frère et à ma belle-sœur, merci à vous aussi d'être présents à mes côtés et de m'avoir offert une nièce et deux neveux adorables ! Les moments en famille tous ensemble sont toujours un pur bonheur !

A Margot, mon amour,

Merci de partager ma vie et de la rendre plus belle chaque jour. Merci de m'avoir inspiré et soutenu tout le long de ce travail de thèse. A tous nos projets communs qui nous attendent et que j'ai hâte de vivre avec toi.

A mes grands parents,

Papy Gilbert et Mamie Odette, merci pour l'amour que vous me portez depuis mon enfance. Chaque petit enfant aurait rêvé d'avoir des grands-parents comme vous. J'aimerais pouvoir venir vous voir plus souvent.

Papy et Mamie Grimaud, je pense très fort à vous, vous qui nous avez quittés trop tôt.

A mes amis,

Aux « **Michels** », et particulièrement aux Narbonnais : Marion, La Sinze, Gaël, Nico, Dorian, Romain et Odile. La vie à Narbonne est forcément plus agréable lorsqu'on la partage tous ensemble. J'espère que cela va durer encore de nombreuses années. Un merci particulier à Marion pour ton expérience et pour tes conseils lors de la réalisation de cette thèse.

A **Gaby, Jens-Erik et Cliff**, merci d'être là depuis le début de l'externat. On a vécu ensemble les révisions interminables à la BU et les « nocturnes », les examens, les stages mais aussi de très très grands moments, de nombreuses soirées et manades, jusqu'à ce concours d'internat, puis cette virée en Californie ! Je suis vraiment heureux qu'on ne se soit pas perdu de vue depuis et que vous acceptiez mon invitation annuelle à « la villa » ! J'espère que tout ça va perdurer, que Gaby continue à dominer le monde des affaires, que Jens devienne enfin Professeur d'ORL et de philosophie référent national et international et que Cliff ouvre ses différentes salles de cross-fit protéinées au Liban et à Dubaï !!

A **Ilian, Nadir, Abdel, Hatem et Giulio**, pour ces « années lycées » au Qatar et pour celles qui ont suivi. Je suis fier d'avoir des amis comme vous au quatre coins du monde !

A **Guigui et Thomas**, mes amis d'enfance, merci d'avoir partagé tous ces moments depuis tant d'années malgré la distance qui nous a souvent séparés. Vous êtes comme une deuxième famille.

A ceux qui ont partagé avec moi, ces années d'externat et d'internat en stage et sur les bancs de la fac.

A ceux qui ont permis la réalisation de cette thèse,

Aux personnes qui ont accepté de répondre à mes mails et coups de fil,

A tous ceux qui ont accepté de prendre le temps pour répondre à mon questionnaire. Merci à vous.

Sommaire

INTRODUCTION	22
I/ Développement psychomoteur – définitions et rappels	29
1) Développement psychomoteur - définition	29
2) Repères chronologiques du développement psychomoteur normal de l'enfant jusqu'à 6 ans	30
II/ Retard de développement psychomoteur : définitions	35
1) Classification internationale des maladies (CIM 10)	35
2) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)	35
3) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée (CFTMEA-R).....	36
4) Aux États-Unis.....	36
5) En France.....	38
III/ Recommandations actuelles	38
1) Aux États-Unis.....	38
2) Autres pays	39
3) En France.....	39
IV/ Tests standardisés d'évaluation du développement psychomoteur des enfants	41
1) Bayley Scale of Infant and Toddler Development.....	41
2) Denver Developmental Screening Test	43
3) Échelle de Brunet-Lézine révisée	44
4) Age and Stages Questionnaire (ASQ)	45
5) Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS).....	46
6) Test de MacArthur- Bates	47
7) Développement Fonctionnel Moteur (DF-MOT - Vaivre-Douret).....	48
8) Test de Gesell.....	48
V/ Prise en charge et structures	49
1) Centres médico-sociaux (CMS) et services de protection maternelle et infantile (PMI).....	49
2) Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	52
3) Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).....	55
4) Centres médico-psychologiques (CMP).....	56
MATÉRIEL ET MÉTHODE	57
I/ Type d'étude et objectifs	58
1) Type d'étude	58

2) Objectifs	58
II/ Méthodologie	58
1) Population étudiée	58
1.1. Critères d'inclusion	58
1.2. Critères de non inclusion.....	58
2) Questionnaire.....	59
2.1. La conception	59
2.2. Recueil des données	60
3) Analyse statistique	61
RÉSULTATS	62
I/ Taux de réponse et population étudiée	63
1) Taux de réponse	63
2) Population étudiée	63
II/ Résultats concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans	66
1) Type de consultations pour le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans	66
2) Durée des consultations dédiées	67
3) Fréquence des consultations	68
4) Les outils utilisés	70
5) Les tests	72
6) La conduite à tenir	74
6.1. Une nouvelle consultation au cabinet	74
6.2. Consultation avec un(e) pédiatre hospitalier.....	74
6.3. Consultation avec un(e) pédiatre libéral	75
6.4. Consultation avec un(e) orthophoniste en libéral.....	75
6.5. Orientation vers le CAMSP	75
6.7. Consultation avec un(e) médecin de PMI	75
6.8. Orientation vers un(e) kinésithérapeute en libéral	76
6.9. Orientation vers le CMPP	76
6.10. Orientation vers le CMP.....	76
6.11. Orientation vers un(e) psychomotricien(ne) en libéral	76
6.12. Orientation vers un(e) ostéopathe en libéral	76
6.13. Prescription d'un bilan biologique	77
6.14. Prescription d'examens complémentaires (imagerie, etc...)	77

III/ Résultats concernant le ressenti et les difficultés des médecins généralistes	79
1) Le ressenti des médecins généralistes	79
1.1 Les fonctions et les objectifs des différentes structures	79
1.2. Le ressenti sur l'ensemble de la prise en charge du suivi du développement psychomoteur	80
1.3. Le suivi du développement psychomoteur : une mission pour le médecin généraliste ?.....	82
1.4. La prescription d'un bilan psychomoteur	83
2) Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes	84
2.1. Les délais trop importants pour les consultations spécialisées	84
2.2. Le manque de communication entre les différentes structures et les différents professionnels.....	85
2.3. La difficulté de l'application de tests standardisés en médecine générale.....	85
2.4. Le manque de temps pour les consultations dédiées.....	85
2.5. Un suivi de l'enfant irrégulier car multiple.....	86
2.6. Les difficultés matérielles et organisationnelles	86
2.9. Les difficultés pour la suite de la prise et l'orientation.....	87
IV/ Résultats concernant les éventuelles aides et pistes de soutien	89
1) Les domaines à améliorer selon les médecins généralistes	89
2) Les pistes pour améliorer la formation et les connaissances des médecins généralistes dans ce domaine.....	90
3) Les pistes pour améliorer les moyens techniques.....	91
4) Les pistes pour améliorer l'organisation du suivi du développement psychomoteur des enfants.....	92
DISCUSSION	94
I/ Les forces et limites de l'étude	95
1) Les forces.....	95
2) Les limites	95
2.1. Biais de recueil de données	95
2.2. Biais de sélection.....	96
2.3. Biais de déclaration et de mémorisation	96
II/ Les principaux résultats	96
1) Des médecins généralistes impliqués dans le suivi du développement psychomoteur des enfants.....	96
2) Une place importante pour les consultations dédiées.....	97

3) Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et pistes de soutien ?	99
3.1. Difficultés concernant le dépistage	99
3.1.1. <i>Manque de formation et/ou de connaissances</i>	99
3.1.2. <i>Manque de temps</i>	102
3.1.3. <i>Tests et supports</i>	103
3.1.4. <i>Difficultés matérielles et/ou organisationnelles</i>	109
3.2. Difficultés lors de l'annonce	112
3.3. Difficultés concernant l'organisation du suivi et la suite de la prise en charge des enfants	114
3.3.1. <i>Un suivi irrégulier car multiple</i>	114
3.3.2. <i>Une conduite à tenir peu codifiée et hétérogène</i>	115
3.3.3. <i>Des délais de prise en charge trop longs</i>	116
3.3.4. <i>Le manque de coordination entre les différents acteurs</i>	118
III/ Les perspectives envisagées pour continuer à améliorer le suivi du développement psychomoteur des enfants	123
1) Etudes en cours	123
2) Loi santé	124
3) Les réseaux périnataux	124
4) Le parcours de soins	126
CONCLUSION	129
BIBLIOGRAPHIE	132
ANNEXES	140
SERMENT	170
PERMIS D'IMPRIMER	171
RESUME	172

INTRODUCTION

La santé de l'enfant est un problème majeur de santé publique et sûrement un des enjeux primordiaux des années à venir. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), les enfants de moins de 17 ans représentent 20,5 % de la population française au 1^{er} janvier 2018 (1). Ainsi, la préservation de leur « capital santé » conditionne la situation sanitaire, économique et sociale de demain (2).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité » (3).

En effet, aujourd'hui, la morbidité et la mortalité ne sont plus les uniques indicateurs de santé. Tous les facteurs socio-économiques doivent également être pris en compte.

La médecine de l'enfant doit donc être abordée sur les plans somatique et psychosocial, individuel et collectif. Ainsi, il est nécessaire que la prise en charge soit globale aux niveaux préventif, curatif et médico-social, et que l'approche des différents acteurs et lieux d'activité soit transversale (2).

Les besoins de santé étant divers et liés à l'environnement familial, économique et social, l'action de nombreux acteurs est nécessaire. Le rôle des médecins devient ainsi central dans la mise en place d'une politique de santé globale de l'enfant.

Le système socio-sanitaire français, en matière de santé de l'enfant, repose actuellement sur quatre piliers :

- la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- la santé scolaire
- les médecins hospitaliers
- les médecins libéraux.

Schématiquement, le médecin et le service de PMI jouent un rôle important dans la protection de l'enfant et dans l'éducation pour la santé.

Le pédiatre hospitalier s'adresse plutôt à l'enfant malade, lors de ses consultations spécialisées, durant lesquelles il exerce ses compétences pour la protection de l'enfant, son éducation pour sa santé et dans la prise en charge thérapeutique.

Les médecins scolaires, secondés par des infirmières scolaires, ont un rôle de dépistage des difficultés liées à l'enfant dans le cadre familial et scolaire. Ils interviennent également dans

des actions collectives de promotion de la santé. Ils ont un rôle déterminant pendant les périodes de préadolescence et d'adolescence.

La médecine générale a une place centrale dans le système de santé français et plus particulièrement dans l'organisation des soins primaires. De plus en plus, le médecin généraliste est considéré « comme le maillon clé pour que le système gagne en efficacité et en équité » (4).

Le suivi médical de la population générale est organisé par le médecin généraliste depuis la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 (5). Cette dernière met en place, pour les personnes âgées de plus de 16 ans, la possibilité de choisir librement son médecin traitant. Celui-ci devra notamment orienter les patients dans le parcours de soins primaires. En revanche, pour les patients âgés de moins de 16 ans, le suivi médical peut être réalisé aussi bien par un médecin généraliste, par un pédiatre ou par un médecin de PMI (jusqu'à l'âge de 6 ans), sans que l'ensemble du système de santé ne soit organisé.

La loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé (6) a été établie le 26 janvier 2016, « afin de répondre aux défis du vieillissement de la population, de s'adapter au développement des maladies chroniques, et pour faire face à la persistance de fortes inégalités sociales et territoriales en matière de santé ». (7)

Parmi les principales mesures, on peut noter celle qui permet « aux parents ou aux tuteurs d'un enfant de moins de 16 ans, de désigner un médecin traitant pour leur enfant, qui pourra être un pédiatre ou un médecin généraliste. Elle vise à affirmer le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi et la coordination du parcours de soins des enfants de 0 à 16 ans, et d'améliorer leur suivi médical. L'objectif étant de mettre en œuvre des mesures de prévention et des priorités de santé publique auprès des enfants de moins de 16 ans (par exemple de renforcer le dépistage précoce de l'obésité, des troubles de l'apprentissage ou, plus tard, des conduites addictives) ».

La mesure prévoit également « une articulation des missions du médecin généraliste avec celles des services de la protection maternelle et infantile et les services de santé scolaire ».

Néanmoins, « les obligations et sanctions liées au respect du parcours de soins coordonné des adultes ne sont pas transposées aux enfants, afin de ne pas alourdir la charge financière pour les familles » (6).

Quelques études épidémiologiques ont permis de souligner la place importante du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique en France.

Ce dernier est fréquemment le premier, voir l'unique, professionnel de santé en contact avec l'enfant et à suivre son évolution dans les premières années de vie. En effet, selon une étude de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés publiée en 2002 (8), parmi les enfants de moins de 3 ans, seulement 5 % sont suivis exclusivement par un pédiatre, contre 40 % exclusivement par un généraliste et 55 % conjointement par un généraliste et un pédiatre.

En 2007, dans une enquête, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) met en avant que « les enfants de moins de 16 ans constituent 13 % de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes, et que 88 % des jeunes patients seraient suivis de façon régulière par un médecin généraliste » (4).

Par cette place particulière, son contact précoce et le suivi régulier du nourrisson et de l'enfant, le médecin généraliste devient donc un observateur privilégié de leur évolution au fil des années. Ainsi, il a un rôle primordial à jouer en matière de santé publique, avec notamment la réalisation de mesures de dépistage et de prévention. Dans l'enquête de la DREES réalisée en 2007, on retrouve que « 13% des consultations des enfants de moins de 16 ans en médecine générale concerneraient des actes de prévention » (4).

En France, dans le cadre d'une politique de santé orientée vers la prévention, le suivi pédiatrique s'organise actuellement autour de « 20 examens médicaux obligatoires, entièrement remboursés par l'Assurance maladie, de la naissance à 6 ans : le premier au 8^{ème} jour de vie, ensuite tous les mois de 1 à 6 mois, puis aux 9^{ème}, 12^{ème}, 16^{ème}, 20^{ème} et 24^{ème} mois, et enfin tous les 6 mois jusqu'à 6 ans » (9). De plus, les examens du 8^{ème} jour et des 9^{ème} et 24^{ème} mois, âges clés du développement de l'enfant, nécessitent l'établissement et la délivrance d'un certificat de santé obligatoire, destiné à la Protection Maternelle et Infantile (PMI). (10)

En 2014, une enquête réalisée par la DREES, révèle qu'en 2012, les certificats obligatoires des nourrissons sont majoritairement réalisés par les généralistes, que ce soit au 9^{ème} mois (53.9 % par les généralistes contre 45.3 % des pédiatres) (11) ou au 24^{ème} mois (57.5 % contre 41.5 %) (12).

Au cours de ces différents examens systématiques ou devant une inquiétude parentale, le praticien doit donc, entre autre, s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant. Ainsi, à chaque examen, les mensurations (poids, taille et périmètre crânien) de l'enfant sont prises par le praticien et doivent être reportées dans le carnet de santé.

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations concernant la surveillance des enfants en 2005, destinées aux médecins en charge de la surveillance des enfants, dont les médecins généralistes, insiste sur « l'intérêt du repérage précoce des anomalies du développement psychomoteur afin d'obtenir une meilleure prise en charge », et souligne « l'importance de mesurer le périmètre crânien jusqu'à l'âge de 6 ans » (13). En effet, cette mesure est importante dans le suivi du développement neurologique de l'enfant. Ainsi, le médecin doit reporter cette mesure sur la courbe de croissance correspondante dans le carnet de santé de l'enfant, où figure la zone de « croissance normale » entre deux dérivations standards. La macrocéphalie se définit par une valeur située au-dessus des deux dérivations standards alors que la microcéphalie est caractérisée par une valeur en-dessous des deux dérivations standards. Une microcéphalie, chez un enfant prématuré ou non, est un facteur de risque de présenter des difficultés intellectuelles, des troubles de la motricité fine et des difficultés d'apprentissage. (14)

En France, actuellement, la prévalence des anomalies de l'examen psychomoteur chez les enfants de moins de 2 ans est estimée à 3% (15).

Or, toute anomalie dans le développement de l'enfant risque d'entraîner des répercussions sur son avenir. Leur dépistage doit donc être précoce et facilement réalisable afin de permettre une prise en charge optimale. Pourtant, les médecins généralistes peuvent se trouver en difficulté pour réaliser ce dépistage.

En effet, « le retard des acquisitions psychomotrices est le handicap le moins bien reconnu par les médecins. Il ne pourra être mis en évidence que si le médecin a acquis, pour chaque âge, des repères précis de développement normal » (16).

Chez l'enfant de moins de six ans, la maturation cérébrale est rapide et les repères cliniques du développement psychomoteur évoluent selon l'âge. Ainsi, le dépistage des anomalies du développement psychomoteur peut devenir une tâche très complexe. Il est donc primordial, pour tout praticien, de connaître les points de repère des différentes étapes du développement

en fonction de l'âge de l'enfant. L'interprétation du médecin doit cependant être prudente du fait de la grande variabilité individuelle. A noter qu'en cas de prématurité, il faut raisonner en âge corrigé (âge calculé à partir de la date du terme théorique) jusqu'à l'âge de 2 ans. De plus, les médecins généralistes doivent faire face à de nombreuses autres contraintes lors des consultations en cabinet de ville.

Les recommandations de la HAS soulignent dans leur conclusion, « l'absence de test de référence pour le dépistage de retard de développement psychomoteur réalisable et généralisable en médecine de ville » (13).

En France, le seul outil commun dont disposent les médecins dans ce domaine, est le carnet de santé de l'enfant. Celui-ci représente un support pour les praticiens concernant le suivi du développement psychomoteur de l'enfant. Dans la version de 2006, il y figure, tout au long des pages de suivi, des repères chronologiques à destination des parents, ainsi que les principales étapes du développement, notamment aux 2^{ème}, 4^{ème}, 9^{ème} et 24^{ème} mois. Ces repères ont pour but « de mettre en valeur les observations des parents et de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé ». (17)

On ne peut évoquer le dépistage des troubles du développement psychomoteur sans inclure le dépistage neurosensoriel de l'audition et de la vision. En effet, tout trouble sensoriel chez un enfant, peut entraîner un retard d'acquisition (16). Ainsi, le praticien retrouvera dans le carnet de santé aux examens des 2^{ème}, 4^{ème}, 9^{ème} et 24^{ème} mois des questions simples orientées vers le dépistage de troubles visuels ou auditifs. Une page d'information sur les troubles sensoriels est également destinée aux parents, page 16 (17).

A noter qu'il existe pour les praticiens, des tests spécifiques pour dépister des anomalies dans le développement de l'audition (boîtes de Moatti, Sensory Baby Test, test à la voix chuchotée etc...) (18), et de la vision (poursuite oculaire avec test à l'œil de bœuf, test de Lang, tests stéréoscopiques, etc...) (19).

En abordant le rôle du médecin généraliste et sa définition actuelle dans le cadre de la prise en charge d'un enfant présentant des troubles du développement, nous remarquons alors qu'il se situe au centre de la coordination de soins. De plus, celui-ci doit orienter l'enfant vers des spécialistes ou des structures spécialisées en fonction de la nature des troubles. Dans la pratique médicale actuelle, selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), « tout enfant âgé de moins de 6 ans, chez qui le praticien met en évidence un

retard d'acquisition du développement psychomoteur devrait faire l'objet d'une évaluation auprès d'un neuropédiatre, d'un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou d'un service de soins formé en neuropédiatrie » (14).

L'idée de cette thèse a émergé à la suite de situations rencontrées en consultation lors de mes différents stages pendant l'internat. En effet, ayant fait un stage à la PMI de Sète en 3^{ème} semestre d'internat, j'ai été rapidement sensibilisé à cette approche du dépistage précoce des troubles du développement psychomoteur chez l'enfant.

Lors de mes stages suivants, notamment en médecine de ville (stages chez les praticiens et Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS)), je me suis rendu compte que la pratique en médecine de ville et celle en PMI, concernant le suivi du développement psychomoteur, pouvaient être très différentes et n'étaient pas soumises aux mêmes contraintes. J'ai également réalisé que la pratique des médecins généralistes en libéral, concernant ce domaine, était propre à chaque praticien en fonction de leur sensibilité, leurs connaissances et de leur expérience.

Mes premiers remplacements en médecine générale m'ont permis, eux aussi, de prendre conscience, de façon plus concrète, de ce que pouvait être la pratique actuelle dans ce domaine. Je me suis retrouvé à mon tour, face à certaines difficultés liées à la pratique quotidienne de la médecine de ville, que je devais surmonter afin d'essayer de réaliser le mieux possible ce suivi du développement psychomoteur des enfants. Parmi ces difficultés, on pouvait noter par exemple, la gestion du planning et du temps consacré à la consultation dédiée à ce suivi, la gestion de l'espace du cabinet, la richesse de l'examen clinique, savoir répondre aux inquiétudes et aux questions des parents concernant le développement de leur enfant, mais aussi que faire devant un doute sur le développement psychomoteur de l'enfant ? etc...

Enfin, lors de mon internat, j'ai pu avoir de nombreuses discussions concernant ce sujet, avec mes collègues internes, des médecins généralistes, des psychomotriciens ou lors de groupes d'échanges de pratique tutorisés (GEPT). J'ai ainsi réalisé, que le suivi du développement psychomoteur des enfants jusqu'à 6 ans, en médecine de ville, suscitait de nombreux débats, de nombreuses questions et de nombreuses divergences. En effet les visions, les idées et les connaissances concernant ce domaine étaient très différentes selon les professionnels de santé

et de nombreuses contraintes étaient souvent évoquées.

Le suivi du développement psychomoteur des enfants met en jeu une prise en charge pluridisciplinaire et nécessite une relation étroite entre les médecins généralistes et les structures locales spécifiques. J'ai donc décidé de me concentrer sur la pratique des médecins généralistes de l'Aude, département où je souhaite m'installer, afin de réaliser un état des lieux plus précis sur les pratiques actuelles des médecins généralistes de ce département.

Quelques travaux réalisés ont analysé les modalités de dépistage des anomalies du développement psychomoteur (20). Certains se sont plutôt concentrés sur les outils de dépistage dont disposent les médecins généralistes et leur utilisation (21). La plupart des outils de dépistage concernent le développement sensoriel (audition, vision).

Dans la littérature, quelques études américaines ont mis en évidence certaines contraintes concernant le dépistage des anomalies du développement psychomoteur (22) (24), retrouvées également dans le travail de thèse d'E. Dutel (23).

Il existe peu de travaux faisant un état des lieux sur la pratique du suivi du développement psychomoteur des enfants en médecine générale. Pour cela nous avons réalisé une étude quantitative auprès des médecins généralistes de l'Aude afin d'apprécier leurs connaissances, leur pratique et leur expérience.

Nous avons volontairement mis de côté le développement sensoriel (qui selon certaines définitions peut rentrer dans le cadre du développement psychomoteur global) car celui-ci bénéficie d'un suivi et de tests qui lui sont propres, pour nous concentrer plus particulièrement sur le développement psychomoteur en tant que tel.

Nous avons, par la suite, analysé les résultats afin de souligner les difficultés rencontrées par les praticiens et d'essayer d'émettre des pistes de soutien.

I/ Développement psychomoteur – définitions et rappels

1) Développement psychomoteur - définition

Le développement psychomoteur d'un enfant peut se définir par l'évolution de différentes acquisitions motrices, cognitives et de capacités d'interactions sociales, au cours de sa vie. Le

développement psychomoteur est lié à la maturation du système nerveux. Chaque enfant, au cours de son développement, va acquérir des compétences selon son propre rythme en fonction de son capital génétique et de son environnement (déroulement de la grossesse, accouchement, alimentation, stimulation...). C'est ce que l'on appelle actuellement l'épigénétique. Ce développement psychomoteur, propre à chaque individu, est néanmoins marqué par des étapes incontournables. (25)

2) Repères chronologiques du développement psychomoteur normal de l'enfant jusqu'à 6 ans

Le développement psychomoteur est guidé par l'évaluation des quatre grands types d'acquisitions : la motricité globale, la motricité fine ou préhension, les interactions sociales et le langage.

Il ne faut pas oublier, comme nous l'avons vu dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé, que l'examen du développement de l'enfant, et donc du développement psychomoteur, nécessite de façon systématique la mesure des données biométriques de l'enfant telles que le poids, la taille et le périmètre crânien jusqu'à l'âge de six ans (13). Il est à noter que chez les prématurés, nés avant 37 semaines d'aménorrhée, l'évaluation doit se réaliser en tenant compte de l'âge corrigé jusqu'à l'âge de deux ans.

Lors de nos recherches, nous avons pu remarquer l'absence de données uniques concernant les repères chronologiques du développement psychomoteur de l'enfant. Ce tableau ci-dessous reprend les différentes grandes étapes du développement psychomoteur selon différentes sources : le rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) utilisé pour les recommandations de la HAS (14), les données du polycopié National des enseignants de pédiatrie (26), le carnet de santé (27), les données issues des valeurs normatives de l'échelle de Denver (28), de l'échelle de Brunet-Lézine révisée (29) ou du site internet « Pédiadoc » (30) :

	Rapport INSERM	Polycopié national des enseignants de pédiatrie	Carnet de santé	Echelle de Denver	Echelle de Brunet-Lézine révisée	Pédiadoc
Motricité globale	<p>Tenue de tête : 3mois</p> <p>Assis avec appui : 6 mois</p> <p>Assis sans appui : 7-9 mois</p> <p>Debout avec appui : 9 mois</p> <p>Debout sans appui : 10-12 mois</p> <p>Marche seul : 12-18mois</p> <p>Monte les escaliers, saute, court : 18 mois</p>	<p>Tenue de tête : 0-3 mois</p> <p>Ouverture mains : 0-3 mois</p> <p>Assis sans appui : 6-9 mois</p> <p>Debout avec appui : 9-12 mois</p> <p>Marche seul : 12-18 mois</p>	<p>Bouge vigoureusement les 4 membres de manière asymétrique : 2 mois</p> <p>Soulève tête et épaules en décubitus ventral : 2-4 mois</p> <p>Tenue tête : 4 mois</p> <p>Appui sur les avant bras en décubitus ventral : 4 mois</p> <p>Retournement : 2-4 mois</p> <p>Assis avec appui: 4mois</p> <p>Assis sans appui : 9 mois</p> <p>Marche : 9-20mois</p> <p>Court : 17-24 mois</p> <p>Tape dans un ballon : 17-24 mois</p>	<p>Soulève tête en décubitus ventral : 0-1 mois</p> <p>Tenue tête : 2-4 mois</p> <p>Retournement: 2-5 mois</p> <p>Assis sans appui : 5-9 mois</p> <p>Debout sans appui : 10-13 mois</p> <p>Marche bien : 11-15 mois</p> <p>Monte les escaliers : 14-23 mois</p> <p>Tape dans un ballon : 14-30 mois</p>	<p>Soulève tête en décubitus ventral : 0-2 mois</p> <p>Retournement côté-dos : 0-2 mois</p> <p>Tenue tête : 3-4 mois</p> <p>Assis avec appui : 4-7 mois</p> <p>Stade du sauteur : 5 mois</p> <p>Assis sans appui : 7-9 mois</p> <p>Retournement dos-ventre : 8-10 mois</p> <p>Déplacement : 9-11 mois</p> <p>Debout avec appui : 9-11 mois</p> <p>Marche avec aide : 12-14 mois</p> <p>Debout sans appui : 10-14 mois</p>	<p>Soulève tête : 1 mois</p> <p>Retournement côté-dos : 2 mois</p> <p>Retournement ventre-dos : 3 mois</p> <p>Tenue de tête : 3 mois</p> <p>Assis avec appui : 6 mois</p> <p>Disparition des réflexes archaïques : 6 mois</p> <p>Rampe : 9 mois</p> <p>Assis sans appui : 9 mois</p> <p>Debout avec appui : 9-10 mois</p> <p>Debout sans appui : 12-16 mois</p> <p>Marche : 16-24 mois</p> <p>Court, monte les escaliers : 24 mois</p>

Motricité fine			<p>Monte les escaliers en alternant les pieds : 25-36 mois</p> <p>Saute en avant : 4 ans</p> <p>Tient sur un pied 3 sec : 4 ans</p> <p>Marche talon-pointe en avant : 6ans</p>		<p>Marche seul (5pas) : 14 mois</p> <p>Tape dans un ballon : 17-24 mois</p> <p>Court : 20 mois</p> <p>Monte les escaliers : 24-30 mois</p> <p>Tient sur un pied 2sec : 30 mois</p>	
	<p>Préhension au contact : 3 mois</p> <p>Préhension volontaire : 4-5 mois</p> <p>Passage d'une main à l'autre : 6 mois</p> <p>Pince pouce-index : 9 mois</p> <p>Fait une tour de 3 cubes : 18 mois</p> <p>Fait une tour de 6-8 cubes : 24 mois</p> <p>Déshabillage : 36 mois</p>	<p>Tend main vers objets : 3-6 mois</p> <p>Porte objets à la bouche : 6-9 mois</p> <p>Passage d'une main à l'autre : 6-9 mois</p> <p>Pince pouce-doigts : 8-10 mois</p> <p>Pince pouce-index : 10-13 mois</p> <p>S'habille seul : 24-36 mois</p>	<p>Attrape objets : 4-9 mois</p> <p>Pince pouce-index : 9 mois</p> <p>Superpose objets : 24 mois</p> <p>Fait un pont de 3 cubes : 36 mois</p> <p>Lance une balle : 3-4 ans</p> <p>Habillage avec aide : 3 ans</p> <p>Déshabillage : 4 ans</p> <p>Boutonne sur lui : 6 ans</p>	<p>Préhension volontaire : 2-5 mois</p> <p>Passage d'une main à l'autre : 4-8 mois</p> <p>Pince pouce-doigts : 7-11 mois</p> <p>Pince pouce-index : 9-15 mois</p> <p>Fait une tour de 2 cubes : 12-21 mois</p> <p>Fait une tour de 8 cubes : 21-36 mois</p>	<p>Préhension au contact : 2-4 mois</p> <p>Préhension volontaire : 3-6 mois</p> <p>Pince pouce-doigts : 7-10 mois</p> <p>Pince pouce-index : 9-12 mois</p> <p>Fait une tour de 2 cubes : 12-17 mois</p> <p>Fait une tour de 5 cubes : 17-24 mois</p> <p>Fait une tour de 8 cubes : 24-30 mois</p>	<p>Préhension au contact : 3-4 mois</p> <p>Préhension cubito-palmaire : 4-6 mois</p> <p>Porte à la bouche : 6 mois</p> <p>Pince pouce-doigts : 9 mois</p> <p>Pince pouce-index : 12-24 mois</p> <p>Lâcher volontaire : 12 mois</p> <p>Fait une tour de 2 cubes : 12-16 mois</p> <p>Fait une tour de 3 cubes : 16-24 mois</p> <p>Fait une tour de 6-8 cubes : 24 mois</p>

Langage	<p>Gazouillis voyelles : 3 mois</p> <p>Gazouillis consonnes : 6 mois</p> <p>« Papa-maman » non spécifique : 8 mois</p> <p>« Papa-maman » approprié : 10 mois</p> <p>Dit 3 mots : 14-15 mois</p> <p>Nomme 5 parties du corps : 18 mois</p> <p>Dit 50 mots : 18-24 mois</p> <p>Dit phrase de 3 mots : 24 mois</p>	<p>Gazouillis : 3-6 mois</p> <p>Bisyllabisme : 6-9 mois</p> <p>« Papa-maman » dirigé : 9-12 mois</p> <p>Plusieurs mots : 12-18 mois</p> <p>Désigne parties du corps : 12-18 mois</p> <p>Utilise le « je » : 3 ans</p>	<p>Vocalise : 2 mois</p> <p>Gazouille : 3-4 mois</p> <p>Plusieurs syllabes : 4-9 mois</p> <p>1^{er} mot : 9-16 mois</p> <p>Plusieurs mots : 17-24 mois</p> <p>Utilise son prénom et le « je » : 25-36 mois</p> <p>Fait des phrases bien construites : 4 ans</p> <p>Connait trois couleurs : 4 ans</p> <p>Décrit une image : 4-6 ans</p>	<p>Vocalise : 0-2 mois</p> <p>Gazouille : 2-5 mois</p> <p>« Papa-maman » non spécifique : 6-11 mois</p> <p>« Papa-maman » dirigé : 9-13 mois</p> <p>Dit 3 mots : 12-20 mois</p> <p>Associe 2 mots : 14-30 mois</p> <p>Nomme une image : 16-30 mois</p> <p>Utilise son prénom et le « je » : 24-36 mois</p> <p>Connait les couleurs : 30 mois-5 ans</p>	<p>Vocalise : 2-3 mois</p> <p>Dédouble les syllabes : 7-10 mois</p> <p>Mot de 2 syllabes : 9-12 mois</p> <p>Dit « non » : 10-14 mois</p> <p>5 mots : 14-18 mois</p> <p>Nomme 2 images : 17-22 mois</p> <p>Associe 2 mots : 18-24 mois</p> <p>Dit son prénom : 20-30 mois</p> <p>Nomme 10 images : 24-30 mois</p>	<p>Vocalise : 0-3 mois</p> <p>Gazouille : 4-5 mois</p> <p>Babille : 6 mois</p> <p>Monosyllabes : 9 mois</p> <p>« Papa-maman »+ jargon 3-5 mots : 12 mois</p> <p>Nomme 5 parties de son corps : 18 mois</p> <p>Connait 10 mots : 18-20 mois</p> <p>Utilise « non, oui, je, tu, moi » : 24 mois</p>
	Interactions sociales	<p>Fixe le regard : 0-3 semaines</p> <p>Sourire-réponse : 6 semaines-3 mois</p> <p>Sourire sélectif : 3-6 mois</p> <p>Rire aux éclats : 4 mois</p>	<p>Sourire réponse : 0-3 mois</p> <p>Poursuite regard : 0-3 mois</p> <p>Rire aux éclats : 3-6 mois</p> <p>Réagit à son prénom : 6-9 mois</p>	<p>Sourire réponse : 2 mois</p> <p>Réagit à son prénom : 3-4 mois</p> <p>Rire aux éclats : 4-9 mois</p> <p>Jette jouet : 9 mois</p>	<p>Sourire réponse : 0-2 mois</p> <p>Sourire spontané : 2-5 mois</p> <p>Se tourne vers la voix : 5-9 mois</p> <p>Joue à « coucou le voilà » : 6-9 mois</p>	<p>Sourire réponse : 0-3 mois</p> <p>Immobilisation à la voix : 2-4 mois</p> <p>Orienté tête vers voix : 3-6 mois</p> <p>Rire aux éclats : 3-6 mois</p>

	<p>Répond à son prénom : 7-8 mois</p> <p>Peur de l'étranger, permanence de l'objet : 8-9 mois</p> <p>Notion de symbolique : 20 mois</p> <p>« Oui-non », obéit à un ordre simple, jeu parallèle : 24 mois</p>	<p>Peur de l'étranger : 6-9 mois</p> <p>Permanence objet : 10 mois</p> <p>Joue aux marionnettes, fait « au revoir » : 9-12 mois</p> <p>Jeu d'imitation : 18-20 mois</p> <p>Jeu symbolique : 2-3 ans</p>	<p>Dit « au revoir », joue à « coucou le voilà » : 9 mois</p> <p>Pointe du doigt : 24 mois</p> <p>Jeu d'imitation : 24 mois</p> <p>Jeu symbolique : 24 mois</p> <p>Répond aux sourires : 24 mois</p> <p>Attentif à la lecture : 25-36 mois</p> <p>Joue avec autres enfants : 3-4 ans</p> <p>Exécute une consigne : 6 ans</p>	<p>Peur de l'étranger : 6-11 mois</p> <p>Fait « bravo » : 7-13 mois</p> <p>Joue au ballon : 10-17 mois</p> <p>Jeu d'imitation : 13-20 mois</p> <p>S'habille seul : 20 mois-3 ans</p>	<p>Réagit à son prénom : 5-8 mois</p> <p>Attention conjointe : 4-7 mois</p> <p>Joue à « coucou le voilà » : 5-7 mois</p> <p>Tient son biberon seul : 8-11 mois</p> <p>Participe à l'habillage : 11-14 mois</p> <p>Pointe avec l'index : 12-17 mois</p> <p>Boit au verre seul : 14-20 mois</p> <p>Imitation différée : 17-24 mois</p>	<p>Fait « bravo » et « au revoir » : 9 mois</p> <p>Montre du doigt : 12-20 mois</p> <p>Boit au verre : 12 mois</p> <p>Mange seul : 24 mois</p>
--	--	--	--	---	--	--

Tableau 1 : Les grandes étapes du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 6 ans, selon différentes sources, à titre indicatif

II/ Retard de développement psychomoteur : définitions

Lors de nos recherches, nous avons remarqué que le retard de développement psychomoteur est défini de différentes manières dans la littérature internationale, ce qui ne permet pas de le caractériser de façon précise :

1) Classification internationale des maladies (CIM 10)

Dans la CIM 10, apparaît le code F82 (F82) « Trouble spécifique du développement moteur » qui définit une « altération sévère du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise ». Elle concerne dans la plupart des cas, « une immaturité significative du développement neurologique, par exemple des mouvements choréiformes des membres, des syncinésies d'imitation, et d'autres signes moteurs associés, ainsi que des perturbations de la coordination motrice fine et globale ».

Le retard de développement psychomoteur semble être plutôt décrit sous le code F83 (F83) « Troubles spécifiques mixtes du développement » (31). Cet ensemble regroupe « différents troubles tels que ceux du langage, des apprentissages, de la motricité, dans lequel aucun de ces items ne prédomine suffisamment pour en être le diagnostic principal ».

2) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

Dans la dernière version du DSM, parue en mai 2013 (DSM V) (32), une catégorie plus globale est apparue, nommée « Troubles neurodéveloppementaux », intégrant notamment la « déficience intellectuelle ». Elle regroupe « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent typiquement précocement durant le développement et ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel ». On retrouve parmi eux « les troubles de la communication », « le trouble du spectre de l'autisme », « le trouble déficit de l'attention/hyperactivité », « le trouble développemental de la coordination » et « le trouble spécifique des apprentissages ».

« Le trouble développemental de la coordination » (TDC) (anciennement nommé « trouble d'acquisition des coordinations » (TAC) classé dans « les troubles des habiletés motrices » de

la catégorie « troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence » du DSM-IV) est caractérisé par « un retard ou un déficit dans l'acquisition et l'exécution des compétences de coordination motrice. Il peut se manifester par de la maladresse ainsi que par de la lenteur et de l'imprécision dans la réalisation des tâches motrices, ce qui interfère avec les activités de la vie quotidienne (habillage, repas, sport, dessin, écriture ...). Ces troubles ne s'accompagnent pas de retard intellectuel, de maladie neurologique acquise ou congénitale. S'il existe en plus un retard mental, les difficultés motrices dépassent alors celles habituellement associées à celui-ci ».

La catégorie « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence », présente dans la version précédente du DSM (DSM IV), qui regroupait des troubles variés tels que « le retard mental », « les troubles des apprentissages », « les troubles des habiletés motrices », « les troubles de la communication » et « les troubles envahissant du développement », a ainsi disparu.

3) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée (CFTMEA-R)

Dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée (CFTMEA-R), version 2012, apparaît la catégorie « Troubles du développement et des fonctions instrumentales » qui dissocie, entre autres, troubles du langage, troubles cognitifs et des acquisitions scolaires et troubles psychomoteurs.

Les troubles psychomoteurs regroupent ici « le retard psychomoteur et les TICS sous leur diverses formes ». Ils classent ainsi les « troubles d'observation précoce (...) s'exprimant par un retard des grandes acquisitions psychomotrices (...), en l'absence de troubles psychotiques ou d'une déficience mentale liée à une affection précise diagnostiquée ».

Cela fait correspondance au code F82 de la CIM 10 : « Trouble spécifique du développement moteur ». (33)

4) Aux États-Unis

L'American Academy of Neurology définit sous le terme « Global Developmental Delay » le retard psychomoteur global comme « un retard significatif (au moins deux dérivations-standard en-dessous de la moyenne) dans au moins deux domaines psychomoteurs parmi la

motricité fine ou globale, la cognition, le langage, les activités de la vie quotidienne ou les interactions sociales. Le retard doit être persistant durant au moins six mois et être apparu avant l'âge de cinq ans ». Il est ensuite subdivisé en trois « niveaux de retard » en fonction du taux de décalage entre l'âge développemental et l'âge chronologique : « retard léger », « retard moyen » et « retard sévère » (respectivement inférieur à 33%, entre 34 et 66% et plus de 66%).

On peut remarquer que cette définition regroupe, dans une même entité, plusieurs troubles très distincts.

En 2010, cette définition est critiquée et jugée imprécise. De plus, selon certains, la notion de « retard » pouvait donner de faux espoirs aux parents, concernant le pronostic de leur enfant, avec un potentiel « rattrapage » du trouble possible. Un comité d'experts internationaux a donc proposé une nouvelle définition sous le terme d' « Early Developmental Impairment » (handicap développemental précoce) (34) regroupant « des enfants présentant une limitation significative persistante dans au moins deux domaines du fonctionnement développemental parmi la motricité, la cognition, la communication, les aptitudes sociales, la régulation émotionnelle/comportementale et les soins personnels. Ces troubles doivent être apparus avant l'âge de cinq ans et ne pas être expliqués par un autre diagnostic. L'étiologie ne doit pas être forcément connue. Une réévaluation doit être effectuée avant l'âge scolaire ou avant l'âge de 9 ans afin de déterminer si les déficiences ne sont pas mieux expliquées par un autre diagnostic établi ».

Le groupe d'experts a également proposé d'identifier les enfants dont les difficultés étaient regroupées dans certains domaines, pour définir des sous-groupes plus ou moins homogènes. Ainsi, un enfant se verra attribuer au moins un domaine majeur (capacités motrices, communication, cognition) et au moins un mineur (compétences sociales, régulation / comportement émotionnel, compétences en matière de soins personnels / fonctionnement adaptatif).

Le groupe d'experts conclut en affirmant vouloir travailler avec les éditeurs du DSM V et l'Organisation mondiale de la santé pour incorporer cette nouvelle définition dans leurs classifications.

5) En France

On peut noter que dans son rapport de 2005 « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires », la Haute Autorité de Santé utilise la définition du CIM-10 de « retard mental », qui est une unique entité parmi d'autres, pour caractériser les retards de développement. (13)

En effet, le retard mental se définit comme « un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (quotient intellectuel < 70 soit $< -2DS$) accompagné de limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans divers secteurs d'aptitude ». Ce terme s'applique généralement aux enfants de plus de cinq ans lorsqu'une évaluation psychométrique a été réalisée.

III/ Recommandations actuelles

1) Aux États-Unis

En 2001, aux États-Unis, la prévalence de retard de développement des enfants était importante (12-16 % des enfants) et seulement la moitié des enfants avaient pu être dépistés avant l'entrée en école maternelle (35). Devant ce constat, l'American Academy of Pediatrics (AAP) a publié des recommandations en faveur d'un dépistage systématique des troubles du développement psychomoteur réalisé à chaque consultation de l'enfant, sous forme d'une « surveillance développementale », associé à un « dépistage structuré » en utilisant des tests de développement standardisés aux examens des 9^{ème}, 18^{ème} et 30^{ème} (ou 24^{ème}) mois ainsi qu'à chaque visite de l'enfant qui présente une suspicion de retard de développement. (36)

Les différents tests standardisés présentent comme avantage de permettre la définition de « normes », sur lesquelles le médecin peut s'appuyer lors de son observation du développement de l'enfant en consultation. Ainsi, ils peuvent aider le praticien à mieux identifier les enfants présentant des retards.

En revanche, la réalisation et l'interprétation de ces différents tests demandent du temps et un effort supplémentaire au praticien. De plus, la grande majorité d'entre eux ne sont pas remboursés. En conséquence, les outils de dépistage du développement psychomoteur restent actuellement très peu utilisés en pratique quotidienne. (13) (36)

Aux Etats-Unis, le dépistage systématique a pour but d'identifier les enfants pouvant présenter des troubles du développement afin de les intégrer, le plus précocement possible, au programme d'intervention précoce (« Early Intervention Program »). Ce dernier améliore le pronostic des enfants présentant un retard de développement. Il concerne seulement les enfants âgés de moins de trois ans et il permet de mettre en place « un soutien familial ainsi qu'une prise en charge thérapeutique et médico-psycho-sociale précoces » (35).

Concernant les tests de dépistage, aux Etats-Unis, aucun test ne fait figure de « gold standard ». Le choix du test utilisé est donc laissé au praticien.

2) Autres pays

Au Canada, dans certaines provinces, une visite approfondie aux 18 mois de l'enfant est proposée comportant une évaluation du développement.

Certains pays, devant la grande variabilité interindividuelle et les repères du développement de l'enfant jugés approximatifs, s'opposent au dépistage systématique des retards de développement de l'enfant. C'est le cas, par exemple, du Royaume-Uni ou de l'Australie.

En effet, dans les recommandations du National Screening Committee (NSC) de mars 2004, « le groupe pédiatrique du NSC considère que le dépistage des troubles du développement et du comportement ne remplit pas les critères requis par le NSC ». Le groupe souligne néanmoins que « cela ne signifie pas qu'il ne s'agit pas d'un important problème de santé publique, mais que d'autres approches doivent être envisagées pour prévenir et réduire ces problèmes et leurs conséquences » (13).

Les Australiens, dans les recommandations du National Health and Medical Research Council de 2002, considèrent que « le niveau de preuve est actuellement insuffisant pour se prononcer pour ou contre un dépistage des retards de développement » (13).

3) En France

Actuellement, la prévalence des retards psychomoteurs est évaluée à 3% dans la population générale française. (14)

L'étude Epipage montre que cette prévalence serait plus élevée chez les grands prématurés

(nés avant 33 semaines d'aménorrhée) (37).

La Haute Autorité de Santé, dans son rapport en 2005, expose « l'importance d'une prise en charge de l'enfant dans sa globalité psycho-comportementale, sensorielle et environnementale ». (13)

Ce rapport souligne « l'importance de ces troubles et de leur dépistage par un suivi régulier des étapes du développement de l'enfant et des données de biométrie de l'enfant ».

Il recommande ainsi aux médecins de la petite enfance « de mesurer le poids, la taille et le périmètre crânien de l'enfant à chaque consultation jusqu'à l'âge de six ans, et d'utiliser des « tests validés », tels que le test d'évaluation de Brunet-Lézine révisé ou le test de Denver tout en soulignant qu'il n'existe pas de test de référence, généralisable et facilement réalisable en médecine de ville ». (13)

Ce rapport expose également l'avis d'experts qui précisent « que dans les recommandations de dépistage en population générale, il pourrait être intéressant de disposer d'un outil permettant l'établissement d'un « score » de développement, pour les examens se déroulant aux cours des deux premières années de la vie. Une rupture dans l'évolution de ce score, et non pas sa position par rapport à une « moyenne », pourrait constituer un vrai signal d'alarme ». Ils recommandent ensuite, « que des indicateurs de développement sensorimoteur, cognitif et émotionnel de l'enfant, préalablement définis par un groupe de travail, soient intégrés aux items des examens des deux premières années de la vie ». (13)

Enfin, ils préconisent que « tout professionnel de la petite enfance oriente vers un service de neuropédiatrie ou un centre d'action médico-sociale précoce, tout enfant au vu des signes d'alerte suivants : développement anormal du périmètre crânien, tête ballante après 5 mois, persistance après 5 mois de l'hypotonie des membres inférieurs, absence de préhension volontaire à 6-7 mois, pas de station assise à 10 mois, pas de recherche de l'objet caché à 12 mois, absence de marche après 20 mois, pas de phrase à 3 ans ». (13)

Dans le carnet de santé édité en 2006, des repères chronologiques du développement de l'enfant sont présents, utilisables par les médecins et par les parents. Ils ont pour but de « mettre en valeur les observations des parents et de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé » (17), d'autant plus qu'il existe une vraie corrélation entre les inquiétudes des parents et la réalité d'un trouble du développement. (38)

Pour finir, nous pouvons évoquer le site « Pédiadoc.fr » qui a été créé par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) des facultés de médecine de Toulouse pour répondre « à une demande précise des internes spécialistes de médecine générale toulousains quant à une harmonisation des pratiques cliniques concernant la prise en charge du suivi du développement de l'enfant devenant de plus en plus prégnante en médecine générale et enjeu de Santé publique ». (30)

Ce site, dédié à la santé de l'enfant âgé de 0 à 2 ans, propose des « récapitulatifs » concernant chaque domaine de la consultation du nourrisson (environnement psycho-social, examen clinique, développement psychomoteur, troubles neurosensoriels, développement staturo-pondéral, prévention, dépistage et alimentation), en fonction de l'âge de l'enfant. Il se présente donc comme un support potentiel à tout praticien lors des consultations quotidiennes (30).

IV/ Tests standardisés d'évaluation du développement psychomoteur des enfants

Nous présentons ici quelques tests, actuellement à disposition des praticiens, pour évaluer le développement psychomoteur des enfants. Cette liste n'est pas exhaustive.

Les tests de dépistage doivent être à la fois fiables et valides, avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité.

La fiabilité est « la capacité d'une mesure à produire des résultats cohérents ». La validité d'un test de dépistage du développement « dépend de sa capacité à distinguer un enfant à un niveau déterminé de risque de retard (c'est à dire élevé, modéré) et le reste de la population (risque faible) ». La sensibilité est « l'exactitude du test dans l'identification du retard de développement ». La spécificité est « l'exactitude du test pour identifier les individus qui n'ont pas de retard ». (39)

1) Bayley Scale of Infant and Toddler Development

Le test de Bayley, créé en 1969, est généralement considéré comme le « gold standard » dans la littérature internationale.

La troisième édition du « Bayley Scales of Infant and Toddler Development », parue en 2005,

révision de la deuxième édition du même test, a pour but d'évaluer l'ensemble des sphères du développement des jeunes enfants afin de dépister un éventuel retard de développement.

Ce test a été standardisé sur un grand nombre d'enfants américains, et fait donc uniquement référence à des normes américaines. Une version française est en cours d'élaboration mais n'est pas encore disponible à ce jour.

Le test est destiné aux enfants âgés de 1 à 42 mois selon les auteurs.

Les items du test couvrent les sphères développementales suivantes :

- cognitive : préférence visuelle, attention, mémoire, sensori-moteur, exploration et manipulation, formation des concepts
- langage : réceptif (ou compréhension) et expressif
- motricité : fine et globale
- socio-émotionnelle: communiquer ses besoins et autorégulation, capacité d'engager les autres et d'établir des relations en utilisant des signaux, intérêt porté à l'environnement
- comportement adaptatif : communication (langage, écoute, communications non verbales), la sécurité (conscience du danger, attitude de prudence), les loisirs et activités (jeux) et l'autonomie dans les soins quotidiens (repas, toilette), les pré-requis aux apprentissages (connaissance des lettres, comptage, graphisme), les compétences sociales (relations interpersonnelles, reconnaissance des émotions et les aptitudes motrices (locomotion, manipulation)).

L'étude des fonctions cognitives, du langage et de la motricité se fait par observation directe de l'enfant en situation par le clinicien (protocole d'administration standardisé), tandis que l'étude de la sphère socio-émotionnelle et du comportement adaptatif est réalisée à l'aide de questionnaires complétés par les parents ou le tuteur de l'enfant.

Le résultat est premièrement obtenu sous la forme d'un score brut, puis par des scores composites établis selon des normes concernant la population générale.

La durée de passation est aux alentours de 50 minutes pour les enfants de moins de 12 mois et d'environ 90 minutes pour les enfants de plus de 12 mois.

La réalisation du test requiert « une pièce au calme, suffisamment grande pour permettre les

déplacements de l'enfant, et sans objet apparent pour éviter toute distraction ». La passation des items de motricité globale chez les nourrissons nécessite un grand tapis de sol pour installer le bébé. (40) (41)

La sensibilité et la spécificité sont bonnes (de 75 à 86% pour les deux). (35)

Certaines études questionnent la validité du BSID-III et soulèvent les biais culturels et linguistiques significatifs de l'outil.

L'édition précédente (BSID-II), dont l'administration est plus courte, est actuellement plus utilisée.

Il existe également une version de dépistage, le « BSID-III Screening Test » et une version pour évaluer seulement le développement moteur le « BSID-III-Motor Scale ». (42) (35)

2) Denver Developmental Screening Test

Le test de Denver, établi en 1967 et révisé en 1992, est disponible en plusieurs langues dont le français. (Annexe 1)

Il est destiné aux enfants âgés de 2 semaines à 6 ans.

Il permet d'évaluer quatre domaines du développement de l'enfant :

- la motricité globale
- la motricité fine
- le contact social
- le langage

Il se présente sous la forme d'un tableau précisant, pour chacune des quatre rubriques, des éléments attendus en fonction de l'âge de l'enfant.

La variabilité individuelle normale, pour chaque épreuve, est représentée par un rectangle qui s'étend sur plusieurs mois : le rectangle débute à l'âge où 25 % des enfants réussissent 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.

Il est basé sur l'observation directe du professionnel, plutôt que sur les informations rapportées par les parents, permettant ainsi une plus grande objectivité dans le recueil et l'interprétation des données.

La durée de passation est de 10 à 45 minutes.

Ce test est un test de dépistage et non un test diagnostique.

Le test de Denver est l'un des plus anciens outils de dépistage du développement et est souvent privilégié pour sa simplicité d'utilisation et d'interprétation. Néanmoins dans leurs recommandations, les américains soulignent « le manque de sensibilité et de spécificité de ce test (respectivement 56-83% et 43-80%) (35) (39) : il ne détecte que 30 % des enfants avec un trouble du langage et 50 % des enfants présentant un retard mental. Il n'est donc pas recommandé de l'utiliser pour un dépistage systématique ».

Nous ne disposons pas d'étude française sur la validité de ce test.

3) Échelle de Brunet-Lézine révisée

L'échelle de Brunet-Lézine révisée (2001) est une des seules échelles de développement pour les jeunes enfants qui comporte un étalonnage français (portant sur 1 050 enfants âgés de 2 à 30 mois). Elle est la plus utilisée en France dans ce domaine. (Annexe 2)

Initialement créée en 1951, cette échelle, construite à partir de 150 items (autour de 15 tranches d'âge qui comportent chacune 10 items), permet d'évaluer les quatre grands domaines du développement des enfants âgés de 2 à 30 mois :

- coordinations oculomotrices : évalue les capacités de préhension et le comportement de l'enfant envers les objets
- la posture : étudie les mouvements de l'enfant en position dorsale, ventrale, assise et debout
- le langage : évalue les capacités de compréhension et de production du langage en incluant les aspects communicatifs pré-verbaux (attention conjointe...).
- la sociabilité : explore la prise de conscience de soi, les relations avec autrui, les réactions mimiques et l'adaptation aux situations sociales.

Le résultat obtenu est d'abord présenté sous la forme d'un score brut, puis il permet de calculer le quotient de développement (QD) de l'enfant, mettant en rapport l'âge développemental et l'âge chronologique de l'enfant. Un quotient de développement inférieur à 100 est en faveur d'un retard et d'une prise en charge précoce.

La salle d'évaluation doit être calme, suffisamment éclairée et sans élément apparent potentiellement distrayant pour l'enfant. Elle doit présenter un tapis de sol, afin d'installer le nourrisson et de pouvoir observer sa motricité et ses réactions posturales.

Le matériel nécessaire à la passation comprend 30 objets spécialement créés pour attirer l'attention et l'intérêt de l'enfant (Annexe 3). L'utilisation du matériel par le praticien, doit être, à chaque consultation, le plus reproductible possible. Ainsi, pour cela et pour interpréter les résultats, il est fortement conseillé au praticien de réaliser une formation au préalable.

A titre indicatif, la mallette complète (matériel, le manuel, 25 feuilles de notation et 25 cahiers de passation) coûte environ 1400 euros.

Il est recommandé de ne pas dépasser 25-35 minutes pour l'évaluation des enfants de moins de 15 mois car ils présentent encore souvent une fatigabilité importante. Tout en restant attentif à l'état de fatigue et d'attention du jeune enfant, le bilan peut durer jusqu'à 1 heure pour les enfants âgés de plus de 15 mois.

Le temps de correction est estimé à 20 minutes. (42)

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature des données concernant la spécificité et la sensibilité du test.

4) Age and Stages Questionnaire (ASQ)

Le test Ages Stages and Questionnaire a été publié pour la première fois en 1995. La 3ème édition a été éditée en 2009.

Ce test est un questionnaire américain qui est adressé aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans et demi. Ces derniers doivent le remplir avant la consultation avec le clinicien.

Il existe un questionnaire par tranche d'âge (20 au total), chacun comportant 10 à 15 questions. (Annexe 3 : exemple ASQ 24^{ème} mois).

Il existe une traduction française.

Ce questionnaire permet d'évaluer cinq domaines du développement de l'enfant :

- la communication
- la motricité globale
- la motricité fine
- la résolution de problèmes
- le contact social

A chaque question, les parents peuvent répondre par « oui », « non », ou « parfois ». Un score est attribué à chaque réponse. Le score total est ensuite comparé à la moyenne des enfants du même âge, permettant au praticien d'évaluer si le développement paraît adapté, qu'une surveillance est de rigueur ou que des investigations complémentaires sont nécessaires.

A noter, qu'il existe une version spécifique dédiée aux enfants présentant des risques de troubles du développement relationnel (« Age and Stages Questionnaire - Social-Emotional » ASQ-SE).

La durée de passation est d'environ 5-15 minutes. (43)

La sensibilité et la spécificité sont estimées respectivement aux alentours de 70-90% et 76-91% (13) (35) (39), mais estimées plus faibles par des études récentes qui « mettent en garde concernant son utilisation sur la population générale ». (44)

5) Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)

Ce test est un questionnaire américain destiné aux parents d'enfants de 0 à 8 ans. Il a été standardisé sur des enfants provenant de milieux ethniques variés. Il existe une traduction française.

Il comporte dix questions au sujet d'éventuelles inquiétudes des parents concernant certains domaines du développement de l'enfant :

- le langage
- le développement général
- la compréhension
- la motricité globale
- la motricité fine
- les relations sociales
- le comportement
- la capacité à se protéger
- les difficultés scolaires

Ce questionnaire possède également une rubrique libre permettant aux parents de s'exprimer sur d'éventuelles inquiétudes supplémentaires. (Annexe 5).

Une fois le questionnaire rempli par les parents, un algorithme est présenté au praticien, proposant différentes conduites à tenir (orientation pour une évaluation, autre dépistage nécessaire, conseils, etc.)

La durée de passation est d'environ 10 minutes. (45)

Dans la littérature internationale, la sensibilité et la spécificité sont évaluées respectivement aux alentours de 75-80% et 70-80%. (35) (39) (13)

6) Test de MacArthur- Bates

Il s'agit d'un test américain de développement de la compétence communicationnelle et linguistique des enfants de 8 à 30 mois, sous la forme de questionnaires destinés aux parents.

Ces questionnaires sont proposés aux parents en fonction de l'âge de l'enfant. Certains peuvent être composés de questions concernant le vocabulaire compris et produit par les enfants, d'autres sur les gestes réalisés par ces enfants (premiers gestes communicatifs, jeux et routines, actions avec des objets, imitation d'autres actions adultes, faire semblant d'être parent).

Ce test, adapté en France, « Les Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBCD), est un outil très utilisé (notamment par les orthophonistes) mais

évalue exclusivement le développement du langage. (46)

7) Développement Fonctionnel Moteur (DF-MOT - Vaivre-Douret)

Cette échelle française a été créée en 1993 suite à un étalonnage sur une population française de 123 enfants suivis en longitudinal.

Elle est destinée aux enfants âgés de 0 à 48 mois.

Elle permet d'évaluer « le développement posturo-moteur et locomoteur, la préhension et la coordination visuo-manuelle de l'enfant ». (Annexe 6 : exemple de représentation graphique des acquisitions posturo-motrices et locomotrices au cours de la première année).

Les deux séries de protocoles d'examen (de 0 à 12 mois et de 13 mois à 48 mois) classent les acquisitions fonctionnelles selon leur ordre d'apparition dans le développement.

Le temps de passation est libre et le temps de correction est compris dans la passation. (47)

8) Test de Gesell

Ce test a été mis au point par Dr Gesell, à partir de l'observation de ses 13 enfants, avec une étude statistique personnalisée. Il a été la référence dans le domaine du développement du nourrisson tout au long du 20^{ème} siècle. Il est maintenant dépassé, mais reste une base classique à laquelle on peut se fier. (42) (Annexe 7).

Ainsi, nous pouvons nous rendre compte qu'il existe une grande diversité d'outils permettant d'évaluer le développement psychomoteur des enfants, abordant le sujet d'une manière différente. En effet, certains sont très généraux et d'autres s'intéressent uniquement à des domaines spécifiques du développement. Certains sont des questionnaires à remplir par les parents et d'autres sont basés sur l'observation directe du clinicien.

Enfin, nous pouvons souligner qu'il n'existe pas d'outil de dépistage universellement accepté, qui serait adapté à toutes les populations et à tous les âges. En effet, « leurs propriétés psychométriques varient considérablement en fonction des caractéristiques telles que leur standardisation, le groupe de comparaison utilisé pour déterminer la sensibilité et la

spécificité, et le statut du risque de la population » (39). Leur utilisation dépend donc des habitudes et des formations de chacun, rendant les études multicentriques compliquées à réaliser.

V/ Prise en charge et structures

La prise en charge des enfants présentant un retard du développement psychomoteur doit être précoce et est le plus souvent globale et multidisciplinaire.

Bien évidemment, lorsque cela est possible, il faut prendre en charge le facteur étiologique (exemples : hypothyroïdie non diagnostiquée à la naissance, troubles de l'audition ou de la vision).

Le suivi de l'enfant par les professionnels paramédicaux (psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes...) permettra d'entretenir les compétences de l'enfant, d'améliorer, si possible, certaines fonctions défaillantes et d'établir des stratégies de compensation.

La prise en charge psychothérapeutique permet à la fois de traiter les troubles psychiques de l'enfant et de soutenir de l'environnement familial.

Cette prise en charge globale et multidisciplinaire peut se dérouler en libéral, avec une bonne coordination entre le médecin traitant et les différents intervenants, ou dans les structures spécialisées comme :

- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce ou CAMSP
- Centre Médico-Psychologique ou CMP
- Centre Médico-Psycho-Pédagogique ou CMPP (2)

1) Centres médico-sociaux (CMS) et services de protection maternelle et infantile (PMI)

Un centre médico-social (CMS) regroupe différents services du département, dont les services de la protection maternelle et infantile (PMI), dans un but d'aide et de soutien auprès des enfants, de la famille et de tous les habitants confrontés à des difficultés. C'est un service public de proximité, gratuit, et ouvert à tous (48). Chaque département est organisé en différentes zones géographiques dans lesquelles les habitants sont rattachés à un CMS en fonction de leur adresse d'habitation. Chaque département possède plusieurs CMS.

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est « un service du département placé sous l'autorité du président du conseil départemental, chargé de promouvoir la santé des futures mères, des mères et des enfants de moins de six ans » (48). Il a été créé lors de la parution de l'ordonnance du 2 novembre 1945, au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, période où la mortalité infantile était très importante en France. (9)

Ainsi, une nouvelle politique de santé apparaît s'appuyant sur :

- « une action conjuguée des médecins et assistantes sociales,
- le certificat prénuptial (instauré sous le régime de Vichy, il n'est plus obligatoire depuis le 1er juillet 2008),
- des consultations prénatales et post natales gratuites,
- la surveillance médicale des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans,
- l'éducation des mères,
- l'utilisation d'un carnet de santé » (49).

Cette loi de 1945 instaure la mise en place de vingt examens médicaux obligatoires chez les enfants, de la naissance à 6 ans : « un au 8ème jour, un par mois jusqu'à l'âge de 6 mois, puis un à 9 mois, un à 12 mois, un à 15-16 mois, puis un à 18-20 mois, un à 24 mois puis deux fois par an jusqu'à 6 ans ». Aujourd'hui, la réalisation de ces examens est toujours obligatoire, même si des modifications ont été apportées au niveau des objectifs, en lien avec l'évolution des enjeux sanitaires au fil des années.

Trois de ces examens impliquent l'établissement d'un certificat obligatoire par le praticien : l'examen des 8 jours, celui du 9^{ème} mois et celui du 24^{ème} mois. Ces consultations peuvent être assurées par un pédiatre, un médecin généraliste ou par un médecin de PMI. Elles sont remboursées à 100% par l'Assurance maladie. (10)

Le service de protection maternelle et infantile est dirigé par un médecin et se compose de professionnels médicaux, paramédicaux (puéricultrices, infirmières, sages-femmes...), sociaux (assistantes sociales, éducateurs, ...) et psychologiques (psychologues, ...).

Un médecin de PMI doit être titulaire d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale, pédiatrie, gynécologie-obstétrique ou de santé publique et avoir réussi l'épreuve du concours territorial.

Le service de protection maternelle et infantile organise :

- « des consultations (gratuites) médicales préventives pour les enfants jusqu'à 6 ans,
- des permanences et des visites à domicile de puéricultrices,
- des bilans de santé pour les enfants de 3 à 4 ans en écoles maternelles,
- des actions collectives (lieux d'accueil enfants-parents, animations de salle d'attente...)
- des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans ».

Le service peut aussi participer à des staffs hospitaliers (pédiatrie, maternité, pédopsychiatrie...), aux campagnes nationales (vaccination, saturnisme...) et aux missions de santé publique déléguées par l'état (recueil et exploitation des certificats de santé ou de données épidémiologiques concernant des indicateurs de santé, ..) (50).

Enfin, il intervient également dans l'accueil des jeunes enfants en contrôlant les demandes d'agrément des assistantes maternelles et les établissements d'accueil ainsi qu'en réalisant des actions de formation. (51)

Dans le domaine de la protection infantile, les actions médico-sociales concernant les enfants de moins de six ans ont notamment pour objet « d'assurer, grâce aux consultations et aux examens préventifs des enfants, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations, en lien avec le médecin traitant » (49).

Ces consultations, à but préventif, sont réalisées, normalement, auprès d'enfants qui ne présentent pas de pathologie aiguë, afin de ne pas perturber l'évaluation du développement de l'enfant par le médecin de PMI. La durée de ces consultations est généralement plus importante que celles en médecine de ville (environ 30-45 minutes). Enfin, ces consultations sont souvent précédées par un entretien avec une puéricultrice, dans le but d'essayer d'apporter des réponses aux questions des parents sur différents domaines comme la périnatalité, l'allaitement ou le développement de l'enfant.

A titre indicatif, dans le cadre de son projet « Audevant » (48), le département de l'Aude

« met en place, une fois par mois, dans les secteurs ruraux, une consultation de pédiatrie itinérante pour les nourrissons et enfants de moins de 6 ans, grâce à un véhicule aménagé à cet effet : le "bus PMI". La consultation est assurée par un médecin et une puéricultrice dans un but préventif identique aux consultations au sein du service de PMI ».

Par souci de concision, nous nous sommes concentrés uniquement sur les missions de la PMI concernant la santé infantile et nous ne détaillerons donc pas ici tout le versant des actions de la PMI concernant la périnatalité, la planification familiale et la protection maternelle.

On peut noter qu'il existe, dans le département de l'Aude, 10 centres médico-sociaux et 28 antennes de PMI. (48)

2) Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ont été créés dans les années 1970, suite à l'évolution de l'action médico-sociale dans les années 1960 en France, sous l'inspiration de praticiens, comme le Dr Roger Salbreux, pédopsychiatre et le Dr Monique Hyon-Jomier, neuropédiatre, qui préconisaient une prise en charge précoce et globale de l'enfant.

Ces centres ont pour missions de « dépister, de diagnostiquer et de proposer une prise en charge ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux ». (52)

Souvent situés dans les bâtiments des centres hospitaliers ou dans des centres d'accueil de jeunes enfants, les CAMSP concernent les enfants âgés entre 0 et 6 ans.

Les CAMSP peuvent être « polyvalents » (c'est-à-dire qu'ils accueillent l'ensemble des enfants quels que soient leurs déficiences et leurs besoins) ou « spécialisés » dans l'accompagnement d'enfants présentant le même type de handicap (troubles du spectre autistique, déficiences visuelles, auditives ou motrices, etc).

Les missions des CAMSP se sont précisées au fil des années à travers différentes lois organisant l'action médico-sociale en France, dont les trois textes principaux sont :

- La loi n°75-534 d'orientation du 30 juin 1975 et le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 (ajouté au décret n° 56-284 du 9 mars 1956) (53) : « Les centres d'action médico-sociale précoce ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. ».

Ainsi, cette loi a permis la création de CAMSP et le décret a précisé leurs missions :

- « le dépistage et le diagnostic précoces des déficits ou des troubles
- la prévention ou la réduction des conséquences invalidantes de ces déficits
- une cure ambulatoire et une rééducation précoce des enfants présentant un déficit ou un handicap
- un accompagnement et un soutien des familles (en consultation ou à domicile) lors de l'annonce du handicap et dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant
- le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative
- l'aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance (crèche, halte-garderie, école maternelle)
- le lien avec les structures hospitalières et de ville ».

- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (54) qui consacre notamment « la prise en charge et l'accompagnement individualisés de qualité, favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion adaptés à l'âge et aux besoins de l'enfant ». Elle garantit également « la participation directe de l'enfant ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne ».

- La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (55)

Celle-ci affirme « le droit à la scolarisation des enfants handicapés dans le milieu ordinaire et la nécessité de mettre en place les conditions optimales de la scolarisation ». Elle prévoit de « construire avec l'enfant et sa famille un parcours qui va lui permettre de s'insérer dans la collectivité ». Le « droit à compensation » à toute personne handicapée est alors reconnu comme un droit universel, incluant pour l'enfant, une intervention et un accompagnement le

plus précocement possible.

Avec cette loi, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont créées. La MDPH, présente dans chaque département sous la direction du Conseil départemental, a « une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ». Son rôle est d'évaluer les besoins de la personne handicapée, puis, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne seront prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Les MDPH permettent ainsi la reconnaissance des droits des personnes handicapées.

En 2014, d'après le fichier national des établissements sanitaires et sociaux, les CAMSP couvrent la quasi-totalité du territoire national avec 342 services et antennes (56). Tous les départements possèdent au moins un CAMSP.

On peut noter que le département de l'Aude présente deux centres : un à Carcassonne et un à Narbonne.

Le centre est placé sous la responsabilité d'un directeur, qui peut être un médecin agréé par le Préfet. Si le CAMSP est polyvalent, le médecin doit alors être qualifié en pédiatrie ou en pédopsychiatrie. Si le CAMSP est spécialisé, le médecin doit présenter des qualifications dans le domaine correspondant. Le CAMSP regroupe une équipe pluridisciplinaire médicale (médecins spécialisés), paramédicale (psychomotriciens, psychologues, ...) et sociale (assistants sociaux, ...) (56).

Pour préserver la continuité du parcours de soin, l'accès au CAMSP est direct. En effet, les parents peuvent s'adresser directement au CAMSP et inscrire leur enfant sans besoin d'une notification d'orientation par la MDPH. (56)

L'action médico-sociale précoce n'est pas le domaine réservé des CAMSP. Toutes les structures de la petite enfance y participent, mais c'est souvent dans les CAMSP que se fait la coordination.

Enfin, les soins, les traitements et la prise en charge dans ces structures ainsi que les transports liés à ces soins sont pris en charge par l'Assurance maladie.

3) Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Les CMPP ou Centres médico-psycho-pédagogiques sont régis par l'Annexe XXXII ajoutée par le décret n°63-146 du 18 février 1963 au décret n°56-284 du 9 mars 1956 (57). Ce décret a été complété par la circulaire n°35 bis SS du 16 avril 1964 (58). Ces deux textes sont toujours en vigueur et restent les seuls textes réglementaires spécifiques à ces institutions.

Les CMPP sont des services médico-sociaux concernant les enfants et les adolescents. Ils sont « des lieux d'écoute, de consultation, de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires, non sectorisés, qui s'adressent aux enfants et adolescents jusqu'à 20 ans, qui éprouvent des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, des troubles psychomoteurs, du langage ou des troubles du comportement ». Ils s'adressent également à leur famille. (59)

Leurs missions sont de dépister et de prendre en charge certaines difficultés comme des troubles psychomoteurs, orthophoniques, troubles de l'apprentissage ou troubles du comportement. Après évaluation des besoins, peuvent être mis en place une thérapie médicale, une rééducation médico-psychologique, une rééducation psychothérapeutique ou psychopédagogique.

Les CMPP se composent d'une équipe pluridisciplinaire qui est sous la responsabilité technique d'un psychiatre. Cette équipe peut regrouper des psychologues cliniciens, des orthophonistes, des psychomotriciens, des psychopédagogues et des assistants de service social.

Chaque département présente au moins un CMPP.

L'accès est direct, les familles peuvent donc consulter le centre de leur propre initiative ou après conseil d'un médecin, d'un travailleur social ou d'un enseignant. Un premier rendez-vous sera alors proposé, sous forme d'entretien avec un des professionnels de l'équipe. Le but de ce premier rendez-vous, est de laisser l'enfant et les parents exprimer leurs difficultés. En fonction des problématiques, le professionnel peut proposer des bilans complémentaires comme un bilan psychomoteur, orthophonique, psychopédagogique ou un examen psychologique. A la suite de ces différents examens, une réunion se déroule entre les différents professionnels de l'équipe afin d'essayer d'établir un diagnostic et de proposer une prise en charge thérapeutique adaptée. Enfin, en accord avec la famille, les horaires, le rythme et la durée des séances seront définis.

Ainsi, la prise en charge thérapeutique peut proposer des séances individuelles ou collectives, pendant quelques heures par semaine, comme des séances d'orthophonie, de psychomotricité, une psychothérapie avec l'enfant ou l'adolescent, pouvant associer à certains moments des entretiens avec les parents ou une thérapie familiale.

Les délais pour obtenir un premier rendez-vous dans certains CMPP, ou pour entamer une thérapie, peuvent être de plusieurs mois.

Les traitements réalisés par le CMPP sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie.

Enfin, les CMPP peuvent travailler en collaboration avec les écoles afin d'intégrer le mieux possible les enfants en difficulté (aménagement du matériel, des apprentissages...).

4) Centres médico-psychologiques (CMP)

Les Centres médico-psychologiques (CMP) sont des structures sanitaires gérées par l'hôpital public, qui dépendent de la psychiatrie. Les soins sont alors organisés en fonction de la sectorisation psychiatrique. Ainsi, pour accéder au CMP, les parents doivent s'adresser au secrétariat de consultation correspondant à leur adresse d'habitation.

Dans le service de pédopsychiatrie, cette unité fonctionnelle « s'adresse à des enfants de 0 à 16 ans qui présentent des troubles de l'adaptation ou des difficultés psychologiques diverses, et permet d'assurer des consultations médico-psychologiques et sociales ».

Les CMP sont, eux aussi, constitués d'une équipe pluridisciplinaire qui peut être composée de pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, assistants de service sociale, éducateurs spécialisés, infirmiers et instituteurs spécialisés. Ces derniers, après avoir réalisé un bilan complet, proposeront alors une prise en charge spécialisée qui pourra se dérouler en ambulatoire ou à l'hôpital.

La prise en charge est remboursée à 100% par l'Assurance maladie.

Enfin, les CMP travaillent régulièrement en partenariat avec le CAMSP et les écoles. (60)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I/ Type d'étude et objectifs

1) Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête épidémiologique, quantitative, descriptive du 13 novembre 2017 au 26 mars 2018, à l'aide d'un questionnaire auto-administré envoyé à l'ensemble des médecins généralistes installés dans l'Aude.

2) Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer les pratiques et les connaissances des médecins généralistes de l'Aude concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de 28 jours à 6 ans.

L'objectif secondaire est d'évaluer les principaux problèmes rencontrés par les médecins généralistes et de soumettre des pistes de soutien dans cette prise en charge.

II/ Méthodologie

1) Population étudiée

1.1. Critères d'inclusion

La population est définie par l'ensemble des médecins généralistes installés dans l'Aude, soit 301 selon le Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Les critères d'inclusion étaient donc : être médecin généraliste diplômé, inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins et être installé dans un cabinet dans le département de l'Aude.

1.2. Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les suivants : être professionnel de santé autre que médecin généraliste, être un médecin généraliste non installé (exemple médecin généraliste remplaçant, interne de médecine générale), être un médecin ayant obtenu le diplôme de médecin généraliste inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins de l'Aude mais n'exerçant pas ou plus du tout la médecine générale (exemple des médecins urgentistes, addictologues, médecins généralistes travaillant en unité de consultation et soins ambulatoires (UCSA) en centres pénitenciers ou médecins de PMI, etc.) et être un médecin généraliste installé dans un autre département que celui de l'Aude.

Nous avons choisi de nous adresser uniquement aux médecins généralistes **installés** car nous souhaitons étudier les pratiques du **suivi** du développement psychomoteur des enfants. Nous avons donc estimé qu'il était préférable de nous concentrer uniquement sur les médecins qui ont une patientèle régulière et une pratique qui leurs sont propres.

Enfin nous nous sommes concentrés sur un seul département, celui de l'Aude, car le suivi du développement psychomoteur de l'enfant nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, mettant en jeu différents acteurs et différentes structures spécifiques qui travaillent souvent selon un réseau géographique local. Nous avons ainsi estimé que cela permettrait d'évaluer de manière plus précise les pratiques existantes dans ce département et les relations qui s'établissent entre ces différents acteurs.

2) Questionnaire

2.1. La conception

Le questionnaire (Annexe 8) a été créé à l'aide du logiciel Google Form®, qui permet une facilité d'utilisation, de diffusion et de collecte des réponses.

Il comporte au total trente six questions. Nous l'avons conçu en deux parties.

La première correspond à la partie « démographique » du questionnaire et recueille, à travers dix questions fermées, des informations personnelles sur le médecin généraliste et sur son type d'activité.

La seconde partie correspond à l'étude de la pratique des médecins généralistes concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans. Celle-ci se divise en trois sous-parties :

- la première recueille des données sur la manière dont les médecins généralistes abordent le suivi du développement psychomoteur des enfants lors de leurs consultations,
- la deuxième explore le ressenti et les difficultés potentiellement éprouvées par les praticiens concernant cette prise en charge,
- la dernière concerne d'éventuelles aides ou pistes de soutien aux praticiens pour les aider à réaliser ce suivi.

A noter qu'entre les deux grandes parties du questionnaire, nous avons mis en place une

question fermée intermédiaire (la question numéro 11), faisant office de « question filtre », demandant aux médecins généralistes s'ils réalisaient de manière générale le suivi du développement psychomoteur des enfants de leur patientèle. S'ils répondent « oui » ils ont accès au reste du questionnaire concernant la pratique du suivi du développement psychomoteur des enfants. S'ils répondent « non », ils ne répondent qu'à une dernière question leur demandant vers qui ils orientent les enfants de leur patientèle pour réaliser ce suivi. En effet, puisqu'ils ne réalisent pas ce suivi, ils ne peuvent pas répondre à certaines des questions suivantes car cela aurait biaisé les résultats.

Dans le but d'éviter les biais de « réponses partielles » (oubli de répondre à une ou plusieurs questions), l'ensemble des questions étaient à « réponse obligatoire ». Les praticiens ne pouvaient donc pas renvoyer le questionnaire avant d'avoir répondu à toutes les questions.

Nous avons réalisé des pré-tests auprès de médecins de notre entourage afin d'affiner certaines questions et d'obtenir la version définitive du questionnaire.

Enfin, nous avons essayé de privilégier les questions à réponses fermées par souci de simplicité et de rapidité de réponse pour les médecins interrogés et pour l'analyse des résultats.

2.2. Recueil des données

Dans une enquête par questionnaire, plusieurs modes d'administration sont possibles : en face à face, par téléphone, auto-administré par courrier postal et auto-administré par internet. (61)

Nous avons décidé de diffuser le questionnaire par internet. En effet, afin d'être le plus exhaustif possible et d'obtenir le maximum de réponses, nous avons envoyé le questionnaire par mail au Conseil de l'Ordre des médecins de l'Aude. Ce-dernier l'a adressé ensuite, via les mails professionnels, à l'ensemble des médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre installés dans l'Aude.

Le premier envoi a été réalisé le 13 novembre 2017 recueillant 21 réponses, puis trois relances ont été effectuées le 4 décembre 2018 (33 réponses au total), le 6 février 2018 (51 réponses au total) et le 27 février 2018. Au final nous avons recueilli 61 réponses.

Les médecins ont répondu sur la base du volontariat. Les réponses ont été collectées de

manière anonyme.

3) Analyse statistique

Les réponses au questionnaire ont été saisies informatiquement par l'auteur au moyen du logiciel Google Form® permettant par la suite de constituer la base de données informatisée de façon semi-automatique sous un format Excel®. Tous les questionnaires remplis ont été inclus. Les résultats ont d'abord été analysés de manière descriptive avec calculs des paramètres de position et de dispersion. Dans un deuxième temps, le test du χ^2 (Chi deux) a été utilisé pour comparer les proportions pour les variables qualitatives. Lorsque les conditions d'application du test Chi deux n'étaient pas réunies, à cause d'effectifs trop faibles, le test exact de Fischer a été utilisé. Les variables quantitatives ont été comparées par un test de Student quand elles comparaient deux modalités quantitatives. Les tests statistiques ont été réalisés avec le site internet BiostaTVG®. Le risque de première espèce α (alpha) était fixé à 5%.

RÉSULTATS

I/ Taux de réponse et population étudiée

1) Taux de réponse

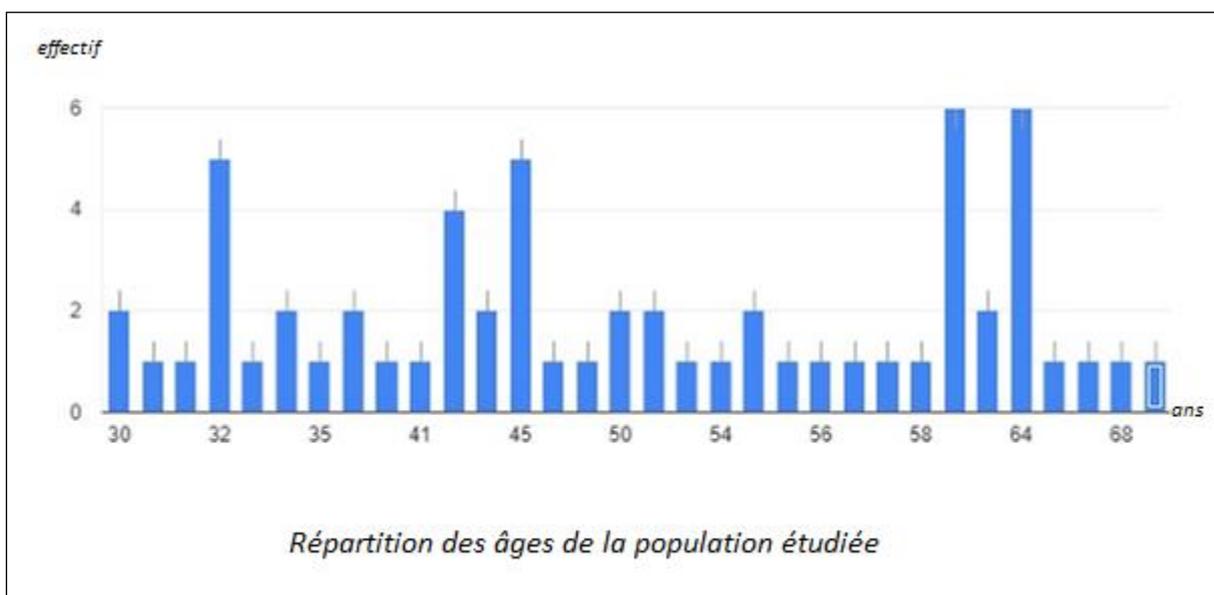
301 médecins généralistes installés dans l'Aude ont reçu notre questionnaire par mail via le Conseil de l'Ordre des médecins.

La collecte des réponses s'est terminée le 26 mars 2018.

Nous avons récolté 61 réponses sur les 301 médecins concernés, soit un taux de réponse légèrement supérieur à 20 % (20,3%).

2) Population étudiée

Dans notre étude, une majorité de médecins hommes a répondu. En effet, parmi les réponses, on note 54 % venant d'hommes (n=33) contre 46% venant de femmes (n=28). Cela correspond à la répartition des médecins généralistes inscrits à l'Ordre des médecins en France selon l'Atlas de la démographie de 2017 (53 % de médecins généralistes sont des hommes et 47 % sont des femmes). (61)



La population qui a répondu à notre étude est âgée de 30 à 69 ans.

L'âge moyen des médecins de notre étude est 48 ans, ce qui est proche de l'âge moyen des médecins généralistes en activité en France en 2017 selon l'Atlas démographique 2017 (âge moyen = 51,65 ans). (61)

L'âge médian de notre population est 50 ans. Chez les hommes l'âge médian est 55 ans et 44 ans chez les femmes.

Dans notre étude, les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 29,5 % (n=18) alors que ceux de moins de 40 ans représentent 24,5 % (n=15), reflétant le vieillissement de la profession retrouvé à l'échelle nationale en 2017 (les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 20 % de la population médicale alors que les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 28 % de la population médicale). (61)

Une grande majorité des médecins (n=56 soit 92%) a répondu positivement à la question « avez-vous des enfants ? ».

Concernant le type de pratique libérale, plus de la moitié des médecins ont répondu exercer une profession semi-rurale (n=32 soit 52,5%), 36 % (n=22) exercent en ville et enfin 11,5 % (n=7) ont une activité rurale.

La majorité de ces médecins ont répondu avoir une activité libérale exclusive (n=54 ; 88,5%). La part des médecins installés depuis moins de 10 ans représente 34 % (n=20) contre 49% (n=30) pour ceux installés depuis au moins 20 ans.

Concernant le nombre de consultations effectuées par jour en moyenne : 36 % des médecins (n=22) ont répondu en réaliser entre 20 et 25, puis 21,5 % (n=13) entre 15 et 20 ainsi qu'entre 25 et 30, puis 10 % (n=6) entre 40 et 45, 6,5 % (n=4) entre 30 et 35, 3 % (n=2) entre 35 et 40 et enfin 1,5 % (n=1) plus de 45.



La majeure partie des médecins de notre étude a estimé avoir plus de 20 nourrissons dans leur patientèle (n=23 ; 37,7%). 32,8 % (n=20) estiment en avoir entre 10 et 20, 21,3 % (n=13) entre 5 et 10, alors que seulement 8,2 % (n=5) en comptent moins de 5.



Concernant les enfants entre 2 et 6 ans, plus de la moitié des médecins questionnés ont répondu en avoir dans leur patientèle plus de 30 (n=32 ; 52,5%), 24,6 % (n=15) ont estimé en avoir entre 20 et 30, 18 % (n=11) entre 10 et 20 et seulement 4,9 % (n=3) entre 5 et 10. Aucun des médecins interrogés n'a répondu avoir moins de 5 enfants âgés de 2 à 6 ans dans sa patientèle.

Enfin seulement 11,5 % (n=7) des médecins de notre étude possèdent un diplôme universitaire, une capacité ou une autre formation professionnelle dans le domaine pédiatrique.

II/ Résultats concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans

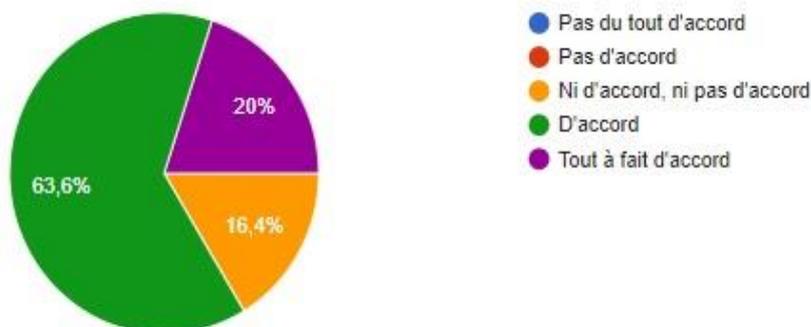
1) Type de consultations pour le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans

Dans notre étude seulement 6 médecins généralistes ont répondu ne pas réaliser ce suivi chez leur patientèle pédiatrique, soit 9,8 %. Il y a donc 90,2 % (n=55) des médecins de notre population qui déclarent le réaliser.

L'ensemble des 6 médecins (100%) qui ne réalisent pas le suivi du développement psychomoteur, oriente systématiquement les enfants et leurs parents vers un pédiatre pour qu'il soit effectué.

92,7 % (n=51) des médecins réalisant le suivi du développement psychomoteur ont déclaré l'effectuer lors de consultations dédiées au suivi du développement global de l'enfant. Cependant on remarque que ce n'est pas une démarche systématique car 78,2 % (n=43) d'entre eux ont répondu qu'ils réalisaient ce suivi également lors de consultations dont le motif est autre qu'une maladie intercurrente tel que la réalisation d'un vaccin ou d'un certificat pour le sport, et 25,5 % (n=14) ont répondu le réaliser lors d'une consultation dont le motif est une maladie intercurrente. Enfin seulement un médecin (1,8%) a répondu réaliser ce suivi lors d'un autre type de consultation sans préciser lequel.

13) Pensez-vous que la réalisation de consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur des enfants (âgés de 28 jours à 6 ans) puisse permettre un dépistage plus précoce des retards du développement psychomoteur ?

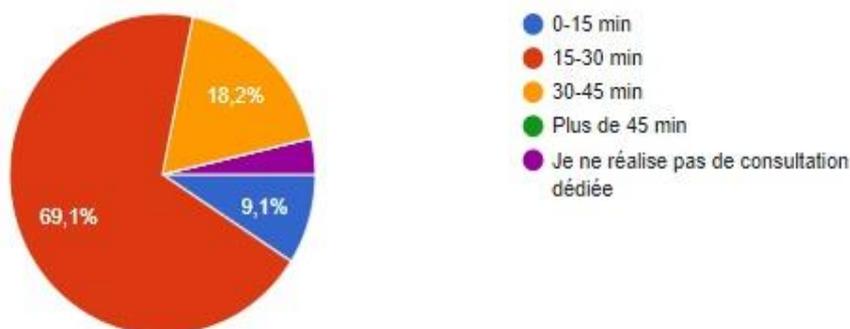


63,6 % des médecins (n=35) de notre étude estiment être d'accord avec le fait que la réalisation de consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur des enfants puisse permettre un dépistage plus précoce des retards de développement psychomoteur. 20 % (n=11) sont tout à fait d'accord, alors que 16,4 % (n=9) sont ni d'accord ni pas d'accord. Aucun des médecins n'a répondu être pas d'accord ni pas du tout d'accord.

2) Durée des consultations dédiées

Concernant le temps consacré aux consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 2 ans, une grande majorité des médecins de notre population (n=38 ; 69%) y consacrent 15 à 30 minutes. 18 % (n=10) réalisent des consultations de 30 à 45 minutes et 9 % (n=5) y consacrent moins de 15 minutes. Enfin 2 médecins (4%) ont déclaré ne pas réaliser de consultations dédiées et aucun médecin n'a répondu y consacrer plus de 45 minutes.

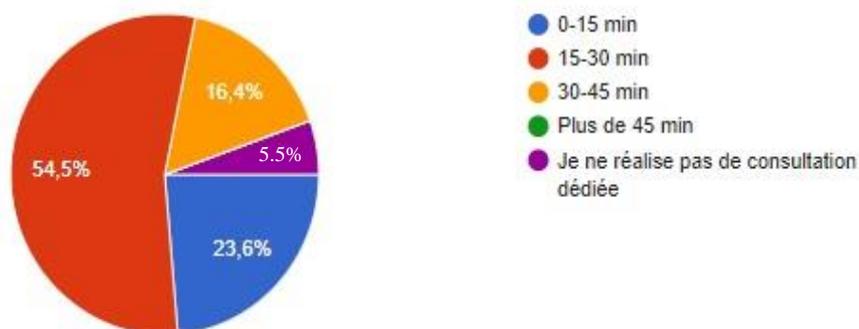
14) Si vous réalisez des consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur, combien de temps consacrez-vous pour cette consultation en moyenne chez des patients âgés de 28 jours à 2 ans ?



Concernant les enfants de 2 à 6 ans, on retrouve également une majorité de consultations de 15 à 30 minutes (n=30 ; 54,5%) alors qu'il n'y a plus que 16,4 % (n=9) des médecins qui réalisent des consultations de 30 à 45 minutes. On note cependant une plus grande part de consultations d'une durée de moins de 15 minutes pour cette tranche d'âge (n=13 ; 23,6%). Enfin, 3 médecins (5,5%) ont répondu ne pas réaliser de consultations dédiées pour le suivi du développement psychomoteur des enfants de 2 à 6 ans, et aucun médecin n'a répondu y

consacrer plus de 45 minutes.

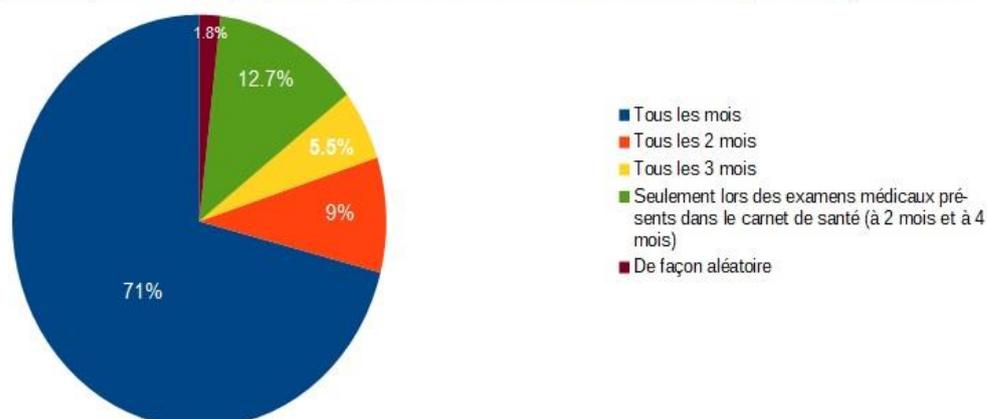
15) Si vous réalisez des consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur, combien de temps consacrez-vous pour cette consultation en moyenne chez des patients âgés de 2 ans à 6 ans ?



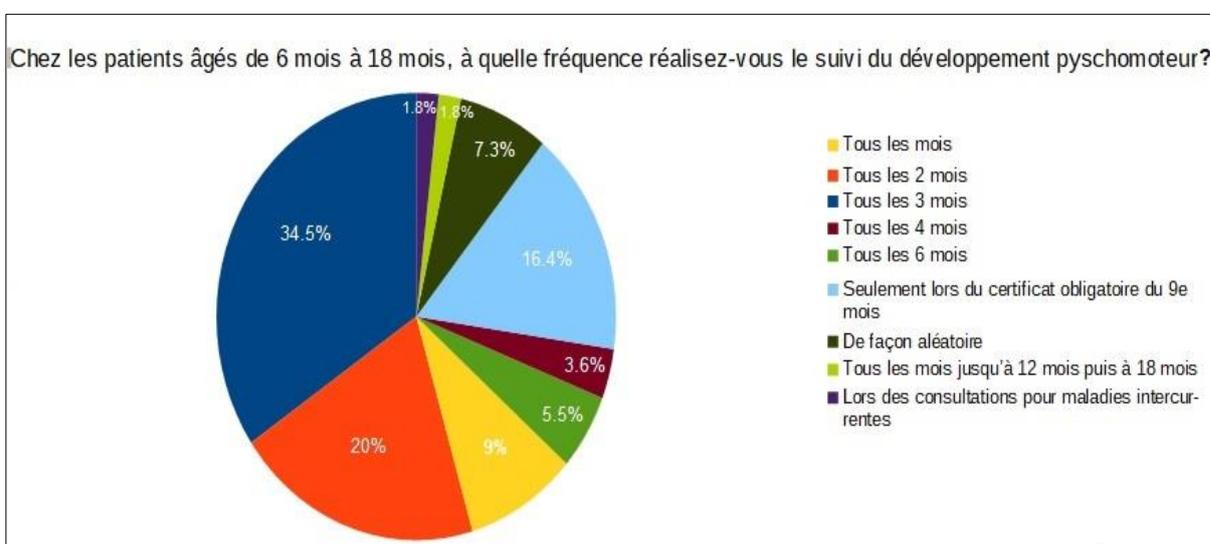
3) Fréquence des consultations

Chez les patients âgés de 28 jours à 6 mois, la plupart des médecins (71% ; n=39) réalisent le suivi du développement psychomoteur tous les mois comme cela est recommandé dans les recommandations de la HAS. 12,7 % (n=7) ont déclaré quant à eux, ne réaliser ce suivi que lors des examens médicaux présents dans le carnet de santé (à 2 mois et à 4 mois), et 9 % (n=5) tous les 2 mois. 5,5 % (n=3) ont répondu le faire tous les 3 mois et seulement un médecin (1,8%) a répondu le faire de façon aléatoire.

Chez les patients âgés de 28 jours à 6 mois, à quelle fréquence réalisez-vous le suivi du développement psychomoteur ?

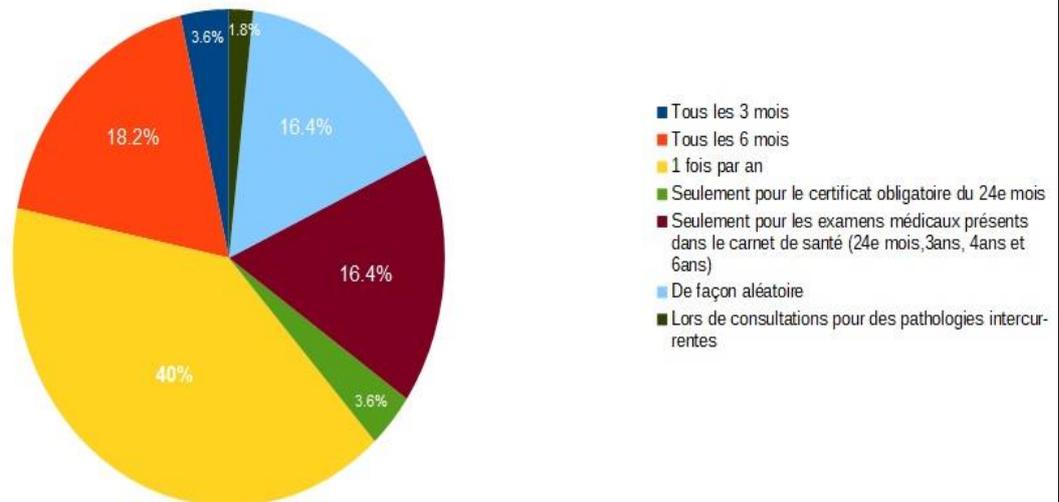


Pour les patients âgés de 6 à 18 mois, les résultats sont plus éparés. En effet, 34,5 % (n=19) le font tous les 3 mois comme recommandé. 20 % (n=11) disent le réaliser tous les 2 mois et 9 % (n=5) tous les mois. 5,5 % (n=3) ont déclaré le faire tous les 6 mois et 3,6 % (n=2) tous les 4 mois. 16,4 % (n=9) déclarent ne le réaliser que lors du certificat obligatoire du 9^{ème} mois et 7,3 % (n=4) ont quant à eux déclaré le réaliser de façon aléatoire. On note également qu'un médecin (1,8%) a répondu le réaliser tous les mois jusqu'à 12 mois puis à 18 mois. Enfin on souligne qu'un médecin (1,8%) a répondu réaliser ce suivi seulement lors des consultations pour maladies intercurrentes.



Enfin chez les enfants âgés de 18 mois à 6 ans, on remarque qu'une majorité de médecins l'effectue une fois par an (n=22 ; 40 %). 18,2 % (n=10) le réalisent tous les 6 mois comme cela est recommandé. 16,4 % (n=9) le réalisent seulement lors des examens médicaux présents dans le carnet de santé (24^e mois, 3ans, 4ans et 6 ans), tandis que 16,4 % (n=9) déclarent le réaliser de façon aléatoire. On peut noter également que 3,6 % (n=2) le font tous les 3 mois et 3,6 % (n=2) le réalisent uniquement lors du certificat obligatoire du 24^{ème} mois. Enfin un seul médecin (1,8%) a répondu le réaliser lors des consultations pour pathologies intercurrentes.

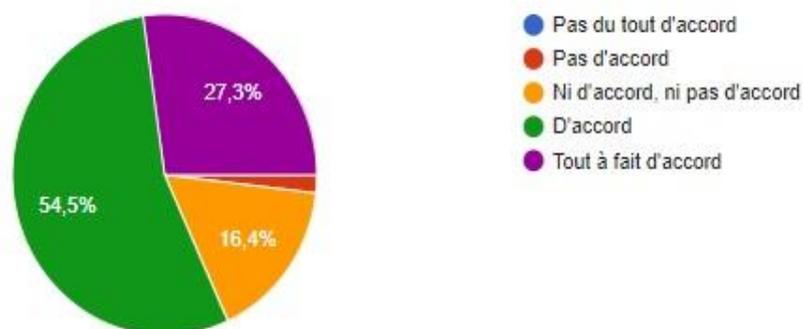
Chez les patients âgés de 18 mois à 6 ans, à quelle fréquence réalisez-vous le suivi du développement psychomoteur ?



4) Les outils utilisés

A la question « Estimez-vous que le questionnement posé directement aux parents sur une éventuelle inquiétude concernant le développement psychomoteur de leur enfant (de 28 jours à 6 ans) est essentiel ? », 54,5 % (n=30) des médecins ont répondu être d'accord et 27,3 % (n=15) tout à fait d'accord. 16,4 % (n=9) n'avaient pas d'avis sur la question et seulement un médecin (1,8%) a répondu ne pas être d'accord. Aucune réponse « pas du tout d'accord » n'a été collectée.

19) Estimez-vous que le questionnement posé directement aux parents sur une éventuelle inquiétude concernant le développement psychomoteur de leur enfant (de 28 jours à 6 ans) est essentiel ?



Concernant les supports utilisés en consultation sur lesquels s'appuyer pour évaluer le développement psychomoteur des enfants, le plus plébiscité par les médecins de notre population est le carnet de santé avec 45,5 % des réponses (n=25).

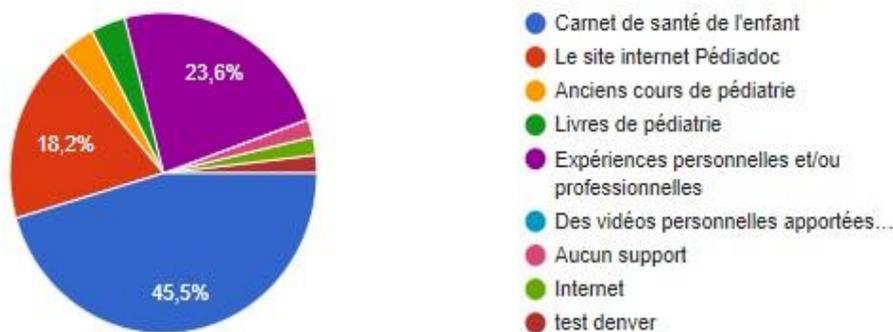
Une place importante est consacrée également aux expériences personnelles et/ou professionnelles des médecins car 23,6 % (n=13) d'entre eux ont répondu s'appuyer principalement sur elles pour évaluer le mieux possible le développement psychomoteur de leur patientèle pédiatrique.

Ensuite vient le site internet « Pédiadoc » qui représente le support de 18,2 % des médecins répondants (n=10).

On peut noter que quelques un ont répondu utiliser leurs anciens cours de pédiatrie (n=2 ; 3,6%) ou des livres de pédiatrie (n=2 ; 3,6%). Un seul médecin (1,8%) a répondu utiliser une échelle d'évaluation : l'échelle de Denver.

On peut également souligner que l'outil vidéo n'est pas un support de choix car aucun des médecins de notre étude n'a répondu utiliser des vidéos personnelles de l'enfant apportées par les parents. Un médecin (1,8%) a répondu qu'internet était son principal support. Enfin, un seul médecin (1,8%) a répondu n'utiliser aucun support.

20) En consultation, quel support utilisez-vous préférentiellement pour vous aider à évaluer le développement psychomoteur de l'enfant (de 28 jours à 6 ans) ?



Dans notre étude, nous avons émis l'hypothèse que les expériences personnelles et/ou

professionnelles étaient le support privilégié des médecins âgés de 60 ans et plus, comparativement aux médecins de moins de 40 ans. Or, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux sous-populations dans notre étude ($p=0,18$; $OR=0,1803$ avec $IC95\%$ $[0,0034;1,9406]$). En revanche, nous avons pu souligner une tendance avec 29 % ($n=5$) des médecins âgés de 60 ans et plus, qui ont répondu utiliser leurs expériences personnelles et/ou professionnelles comme support privilégié contre seulement 6,7 % ($n=1$) des médecins âgés de moins de 40 ans. A noter que concernant la proportion des médecins âgés entre 40 et 59 ans qui utilisent en priorité leurs expériences personnelles et/ou professionnelles, la tendance est proche de celle des médecins âgés de 60 ans et plus, en atteignant les 30 % ($n=7$).

Nous avons également émis l'hypothèse que, comparativement aux médecins qui n'ont pas d'enfant, les médecins qui sont parents utiliseraient préférentiellement leurs expériences personnelles et/ou professionnelles. Or nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux sous-populations dans notre étude ($p=0,32$; $OR = \text{infini}$ avec $IC95\%$ $[0,281;+\text{infini}]$). En revanche nous avons pu remarquer une tendance car 13 des 50 médecins parents répondus de notre étude ont répondu utiliser en priorité leurs expériences personnelles et/ou professionnelles (soit 26%) contre 0 sur les 5 médecins non parents répondus (soit 0%).

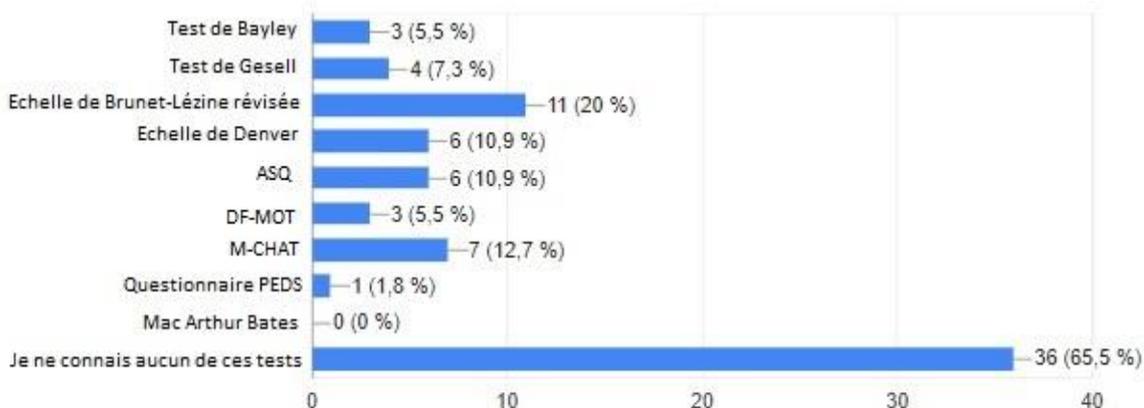
Enfin, 56,5 % des médecins de notre étude ($n=31$) ont répondu avoir un espace dédié dans leur cabinet de consultation pour laisser l'enfant évoluer seul (avec des tapis, jouets, etc..) contre 43,5 % ($n=24$) qui ont déclaré ne pas en avoir.

5) Les tests

Une grande majorité des médecins de notre population ($n=36$; 65,5%) a répondu ne connaître aucun des tests proposés évaluant le développement psychomoteur.

Parmi les tests connus par les médecins de notre étude, on peut remarquer que le plus représenté est l'échelle de Brunet-Lézine révisée ($n=11$; 20%).

22) Lesquels de ces tests/outils connaissez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

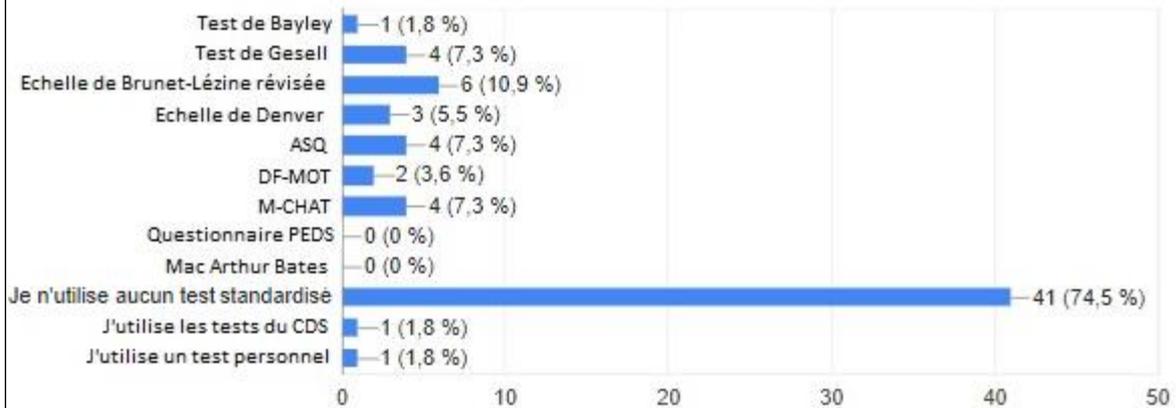


Concernant l'utilisation de ces tests par les médecins généralistes, la grande majorité des réponses (n=41 ; 74,5%) a été qu'ils n'utilisaient aucun de ces tests.

Ici aussi, parmi les tests utilisés, celui qui est le plus représenté est l'échelle de Brunet-Lézine révisée (utilisée par 10,9%, n=6). On remarque toutefois que quasiment seulement la moitié des médecins qui connaissent cette échelle, l'utilise en consultation.

On note qu'un médecin a répondu utiliser les tests du carnet de santé et un autre médecin a répondu utiliser un test personnel.

23) Parmi les tests standardisés/outils suivants, lesquels utilisez-vous en consultation pour vous aider à évaluer le développement psychomoteur ? (plusieurs réponses possibles)



6) La conduite à tenir

A propos de la suite de la prise en charge, suite à une suspicion d'anomalie dans le développement psychomoteur, on remarque que l'attitude des médecins est variée.

6.1. Une nouvelle consultation au cabinet

Proposer une nouvelle consultation pour évaluer l'évolution du développement de l'enfant semble une attitude pratiquée par l'ensemble des médecins généralistes de notre population. En effet, 38 % (n=21) d'entre eux ont répondu « toujours » proposer cette possibilité, quand 34,5 % (n=19) le proposent « fréquemment ». 27 % (n=15) déclarent ne le proposer que « rarement ». En revanche, aucun des médecins n'ont répondu ne jamais le faire.

6.2. Consultation avec un(e) pédiatre hospitalier

A cette question, 18 % (n=10) des médecins ont répondu qu'ils orientaient « toujours » vers un(e) pédiatre hospitalier quand ils suspectaient une anomalie du développement psychomoteur d'un enfant, et 60 % (n=33) ont déclaré avoir cette attitude « fréquemment ». 18 % (n=10) ne le font que « rarement » et 3 % (n=2) disent ne jamais le faire.

6.3. Consultation avec un(e) pédiatre libéral

42 % (n=23) des médecins adressent « fréquemment » un enfant lorsqu'ils ont un doute concernant son développement psychomoteur, vers un(e) pédiatre en libéral et 11 % (n=6) déclarent le faire « toujours ». 29 % (n=16) ont répondu n'avoir cette attitude que « rarement » et 18 % (n=10) ne le font jamais.

6.4. Consultation avec un(e) orthophoniste en libéral

63 % (n=35) des médecins de notre étude ont répondu adresser « fréquemment » le patient vers un(e) orthophoniste en libéral dans ces cas-là. Seulement 5,5 % (n=3) le font systématiquement, 20 % (n=11) rarement et 11 % (n=6) jamais.

6.5. Orientation vers le CAMSP

45,5 % (n=25) des médecins choisissent « fréquemment » d'orienter l'enfant vers le CAMSP, mais seulement 3,5 % (n=2) le font de manière systématique. 25,5 % ont répondu n'avoir cette attitude que « rarement » (n=14) et même « jamais » (n=14).

Nous avons émis l'hypothèse que les médecins de notre étude, âgés de moins de 40 ans, orientaient plus fréquemment leur patient vers le CAMSP que ceux âgés de 60 ans et plus. Or, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux sous-populations dans notre étude ($p=0,72$). Notre étude a souligné la tendance qu'il n'y avait pas de différence entre ces deux sous-populations concernant l'orientation vers le CAMSP, puisque 8 des 15 médecins répondants de moins de 40 ans ont affirmé orienter leur patient fréquemment vers le CAMSP (soit 53%) contre 8 des 17 médecins répondants âgés de 60 ans et plus qui orientent fréquemment ou toujours (soit 47%).

6.6. Consultation avec un(e) neuropédiatre (hospitalier ou libéral)

29 % (n=16) des médecins généralistes adressent « fréquemment » vers un(e) neuropédiatre dans ces cas précis, et 7 % (n=4) le font « toujours ». En revanche 53 % (n=29) ne dirigent que « rarement » vers un(e) neuropédiatre et 11 % (n=6) ne le font jamais.

6.7. Consultation avec un(e) médecin de PMI

34,5 % (n=19) des médecins de notre population adoptent cette attitude « fréquemment »

alors que seulement 2 % (n=1) disent le faire « toujours ». 36 % (n=20) ont répondu ne le faire que « rarement » et 27 % (n=15) ont affirmé qu'ils ne le faisaient jamais.

6.8. Orientation vers un(e) kinésithérapeute en libéral

33 % (n=18) des médecins de notre population adressent « fréquemment » vers un(e) kinésithérapeute en libéral et 2 % (n=1) de manière systématique. 36 % (n=20) ont répondu le faire que « rarement » et 29 % (n=16) ne « jamais » le faire.

6.9. Orientation vers le CMPP

33 % (n=18) des médecins interrogés ont répondu orienter « fréquemment » vers le CMPP, alors que 47 % (n=26) ont déclaré ne le faire que « rarement ». 20% (n=10) n'ont jamais orienté vers le CMPP. Aucun des médecins interrogés n'a répondu qu'ils adoptaient cette attitude de manière systématique devant un doute du développement psychomoteur de l'enfant.

6.10. Orientation vers le CMP

27 % (n=15) des médecins de notre étude ont répondu orienter « fréquemment » vers le CMP, alors que 38 % (n=21) d'entre eux ont répondu ne le faire que « rarement », et 35 % (n=19) « jamais ». Aucun des médecins interrogés n'a répondu qu'ils orientaient systématiquement vers le CMPP lorsqu'il y avait un doute concernant le développement psychomoteur d'un enfant.

6.11. Orientation vers un(e) psychomotricien(ne) en libéral

Seulement 13 % (n=7) des médecins interrogés orientent « fréquemment » vers un(e) psychomotricien(ne) en libéral devant un doute sur le développement psychomoteur d'un enfant, alors que 49 % (n=27) déclarent ne le faire que « rarement ». En revanche 38 % (n=21) d'entre eux ne l'ont jamais fait. Aucun des médecins n'a répondu le faire de façon systématique.

6.12. Orientation vers un(e) ostéopathe en libéral

Cette attitude semble être assez peu pratiquée par les médecins généralistes devant ce genre

de situation. En effet, 49 % (n=27) des médecins interrogés ont répondu ne « jamais » le faire. Cependant, 40 % (n=22) ont répondu le faire « rarement », 7 % (n=4) « fréquemment » et 4 % (n=2) « toujours ».

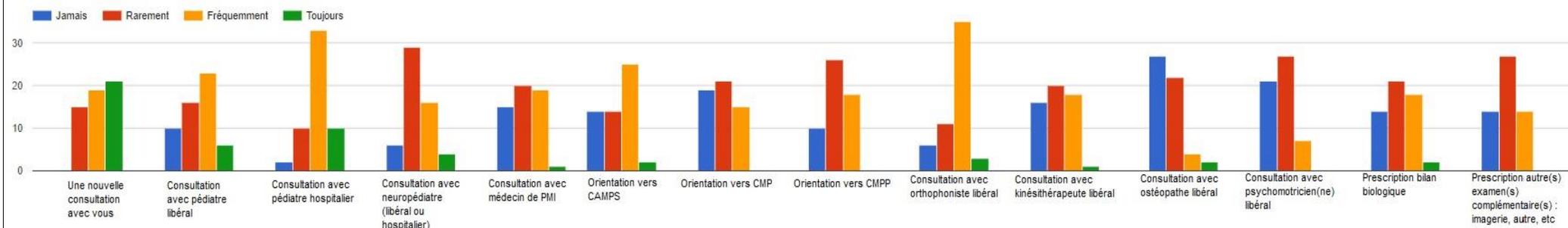
6.13. Prescription d'un bilan biologique

33 % (n=18) des médecins de notre étude prescrivent « fréquemment » un bilan biologique dans ces cas-là, et 4 % (n=2) de façon systématique. 38 % (n=21) ne le font que « rarement » et 25 % (n=14) n'en prescrivent « jamais » dans ces situations.

6.14. Prescription d'examens complémentaires (imagerie, etc...)

49 % (n=27) des médecins interrogés ont répondu n'en prescrire que « rarement » alors que 25,5 % (n=14) ont répondu le faire « fréquemment » et 25,5 % (n=14) ne « jamais » le faire.

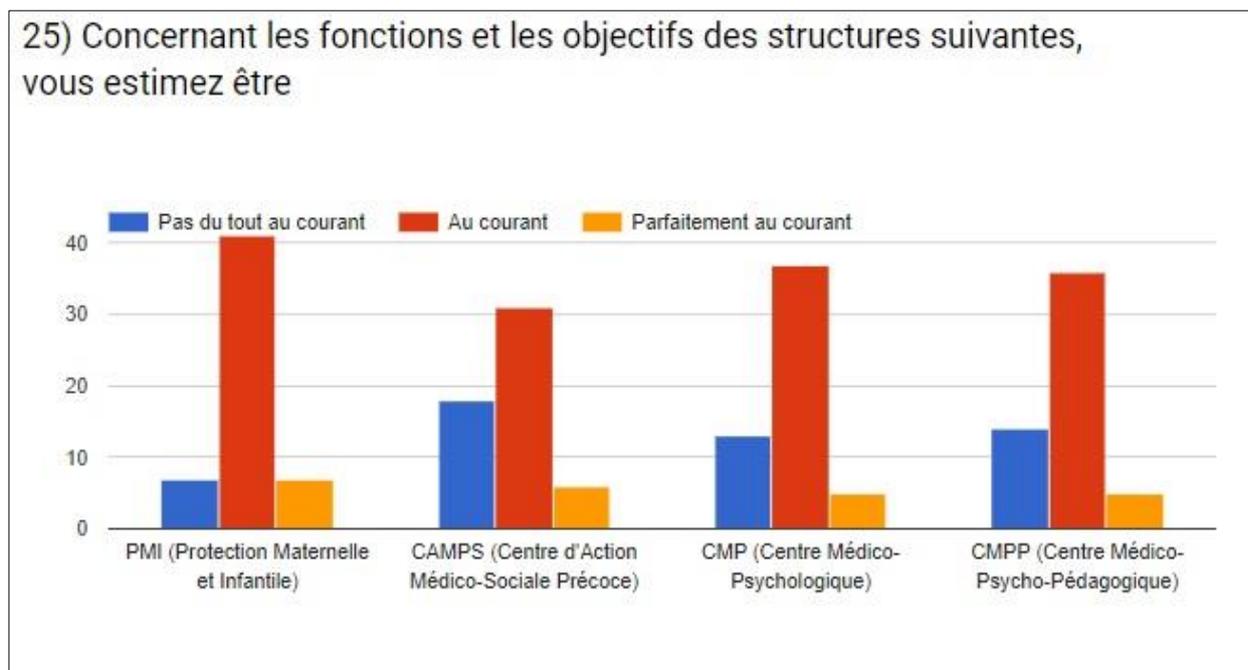
24) Lors d'une consultation, si vous suspectez une anomalie dans le développement psychomoteur d'un enfant (âgé de 28 jours à 6 ans), quelles possibilités proposez-vous pour la suite de la prise en charge ?



III/ Résultats concernant le ressenti et les difficultés des médecins généralistes

1) Le ressenti des médecins généralistes

1.1 Les fonctions et les objectifs des différentes structures



Les médecins généralistes de notre étude estiment être « au courant » des fonctions et des objectifs des structures suivantes : PMI (74,5% ; n=41), CAMSP (56%, n=31), CMP (67%, n=37) et CMPP (67%, n=36).

Seulement 12,5% (n=7) des médecins estiment être « parfaitement au courant » des fonctions et des objectifs de la PMI, 11 % (n=6) pour le CAMSP, 9 % pour le CMP (n=5) et pour le CMPP (n=5).

En revanche, 12,5% (n=7) d'entre eux estiment n'être « pas du tout au courant » en ce qui concerne la PMI, 33 % (n=18) pour le CAMSP et 24 % pour le CMP (n=13) et le CMPP (n=14).

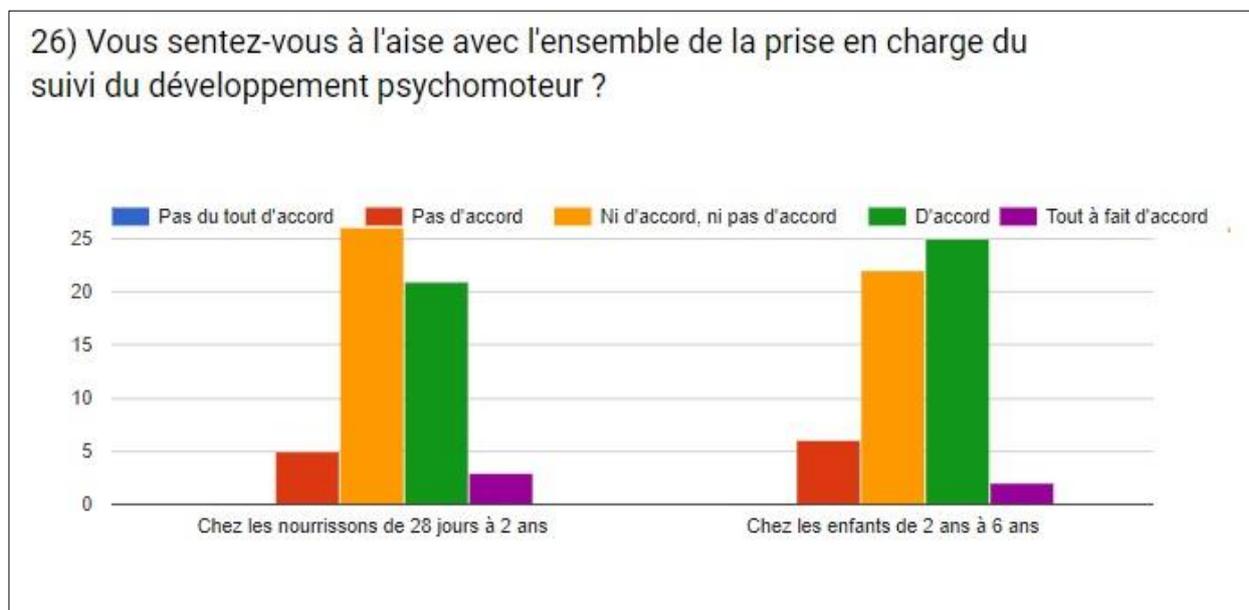
La PMI semble être ainsi la structure la mieux connue des médecins généralistes, tandis que le CAMSP semble être celle qui est la moins commune aux médecins.

D'une manière générale, en ce qui concerne les fonctions et les objectifs de chacune de ces structures, les médecins généralistes estiment être informés mais pas de manière très précise.

Nous avons émis l'hypothèse que les médecins âgés de moins de 40 ans de notre étude étaient plus au courant des fonctions et objectifs du CAMSP que ceux âgés de 60 ans et plus. Or nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux sous-populations (p=0,7,

OR=1,4811 avec IC95 % [0,2615 ; 9,3032]). Une légère tendance s'est dégagée de notre étude : 11 des 15 médecins âgés de moins de 40 ans ont répondu être au courant ou parfaitement au courant (soit 73%) contre 11 des 17 médecins âgés de 60 ans et plus (soit 64,7%).

1.2. Le ressenti sur l'ensemble de la prise en charge du suivi du développement psychomoteur



Concernant leur aisance dans l'ensemble de la prise en charge du suivi du développement psychomoteur des nourrissons âgés de 28 jours à 2 ans, les médecins interrogés semblent plutôt indécis.

En effet, à la question « vous sentez-vous à l'aise ? » 47% (n=26) des médecins ont répondu être « ni d'accord ni pas d'accord ». 38 % (n=21) ont répondu être « d'accord », tandis que seulement 6 % (n=3) ont répondu « tout à fait d'accord » et 9 % (n=5) « pas d'accord ». Aucun n'a répondu n'être « pas du tout d'accord ».

Nous avons émis l'hypothèse que les médecins âgés de 60 ans et plus de notre étude se sentaient plus à l'aise avec l'ensemble de la prise en charge du développement psychomoteur des enfants âgés de moins de 2 ans, que ceux de moins de 40 ans. Or nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux sous-populations (p=0,49). En revanche, nous avons pu mettre en évidence la tendance inverse car 8 des 15 médecins âgés de moins de 40 ans ont répondu être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » à cette question (soit 53,3%) contre seulement 7 des 17 médecins âgés de 60 ans et plus (soit 41%).

Suite à ces résultats, nous avons voulu comparer avec les réponses de la sous-population des médecins âgés entre 40 et 59 ans. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre cette sous-population et celle des médecins âgés de 60 ans et plus ($p=0,9$) ni avec celle des médecins âgés de moins de 40 ans ($p=0,39$). La tendance est, là aussi, en faveur d'une aisance plutôt ressentie chez les médecins âgés de moins de 40 ans, car seulement 9 des 23 médecins âgés entre 40 et 59 ans ont répondu être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » à cette question (soit 39 %, contre 53,3%).

Nous avons également émis l'hypothèse que dans notre étude, les médecins ayant des enfants, étaient plus à l'aise avec l'ensemble de la prise en charge du développement psychomoteur des enfants de moins de 2 ans, que ceux qui ne sont pas parents. Or nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux sous-populations ($p=0,156$, $OR=0,1719$ avec $IC95\% [0,0033 ; 1,9301]$). Cependant, nous avons trouvé une tendance plutôt inverse avec 40 % des médecins parents ayant répondu être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » à cette question ($n=20$ sur 50) contre 80% des médecins non parents ($n=4$ sur 5).

Pour le suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de 2 à 6 ans, les médecins paraissent être plus à l'aise. En effet, à la même question, 45,5 % ($n=25$) des médecins ont répondu être « d'accord », 40 % ($n=22$) être « ni d'accord ni pas d'accord », 11 % ($n=6$) « pas d'accord » et 3,5 % ($n=2$) « tout à fait d'accord ». Aucun n'a répondu n'être « pas du tout d'accord ».

Nous avons émis l'hypothèse que concernant l'ensemble de la prise en charge du développement psychomoteur des enfants âgés de 2 à 6 ans, les médecins âgés de 60 ans et plus de notre étude étaient plus à l'aise que ceux de moins de 40 ans. Or, nous n'avons pas mis de différence significative entre ces deux sous-populations ($p=0,076$). En revanche nous avons mis en évidence une tendance inverse puisque 66,7 % des médecins âgés de moins de 40 ans ont répondu être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » à cette question ($n=10$ sur 15) contre seulement 35 % des médecins de 60 ans et plus ($n=6$ sur 17).

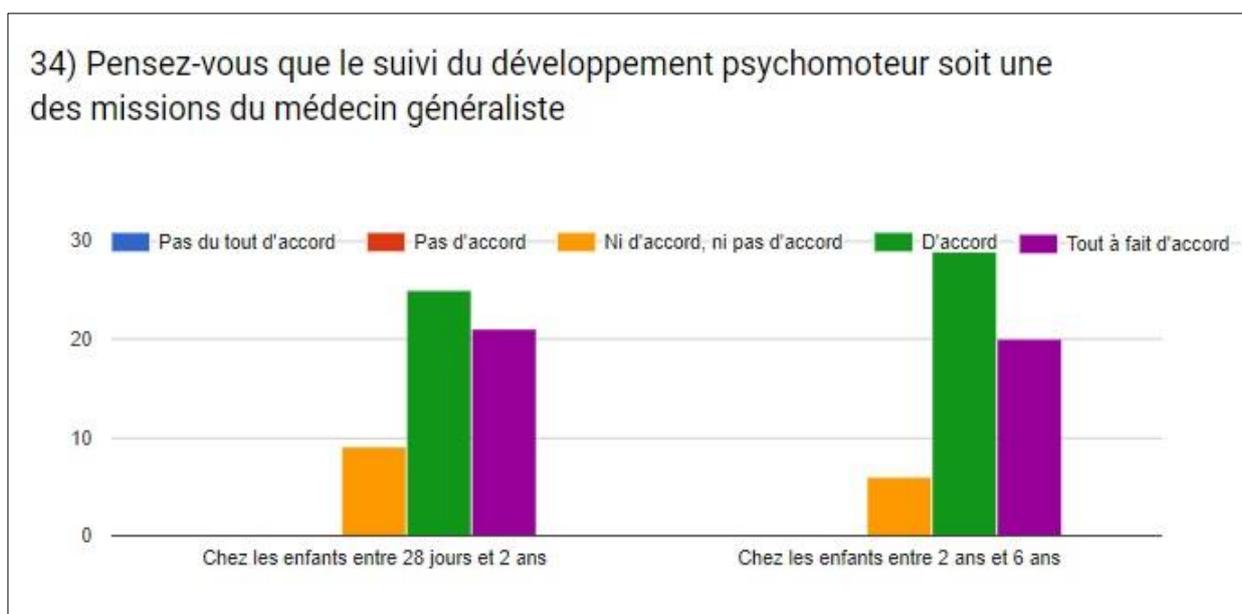
Suite à ces résultats, nous avons voulu étudier les réponses de la sous-population des médecins âgés entre 40 et 59 ans. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre cette sous-population et celle des médecins de moins de 40 ans ($p=0,25$) ni avec celle des médecins de 60 ans et plus ($p=0,4$). Nous avons retrouvé là aussi, la tendance que les médecins âgés de moins

de 40 ans étaient les plus à l'aise car 47,8 % des médecins entre 40 et 59 ans (n=11 sur 23) ont répondu être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » à cette question (contre 66,7%).

Nous avons également émis l'hypothèse que dans notre étude, les médecins ayant des enfants, étaient plus à l'aise avec l'ensemble de la prise en charge du développement psychomoteur des enfants âgés de 2 à 6 ans, que ceux qui ne sont pas parents. Or, nous avons mis en évidence de manière significative que les médecins de notre étude n'ayant pas d'enfants étaient plus à l'aise que ceux étant parents (p=0,023) (respectivement : n=5 sur 5 soit 100 % contre n=22 sur 50 soit 44 %).

Enfin nous avons également émis l'hypothèse que les médecins de notre étude étaient plus à l'aise avec l'ensemble de la prise en charge du développement psychomoteur chez les enfants âgés de moins de 2 ans que chez ceux de 2 à 6 ans. Or, nous n'avons pas mis en évidence significative entre ces deux catégories (p=0,566). Nous avons pu remarquer une légère tendance inverse avec 49 % (n=27 sur 55) des médecins ayant répondu être « à l'aise » ou « tout à fait à l'aise » avec la prise en charge de ce domaine chez les enfants de plus de 2 ans contre 43,6 % des médecins chez les enfants de moins de 2 ans (n=24 sur 55).

1.3. Le suivi du développement psychomoteur : une mission pour le médecin généraliste ?



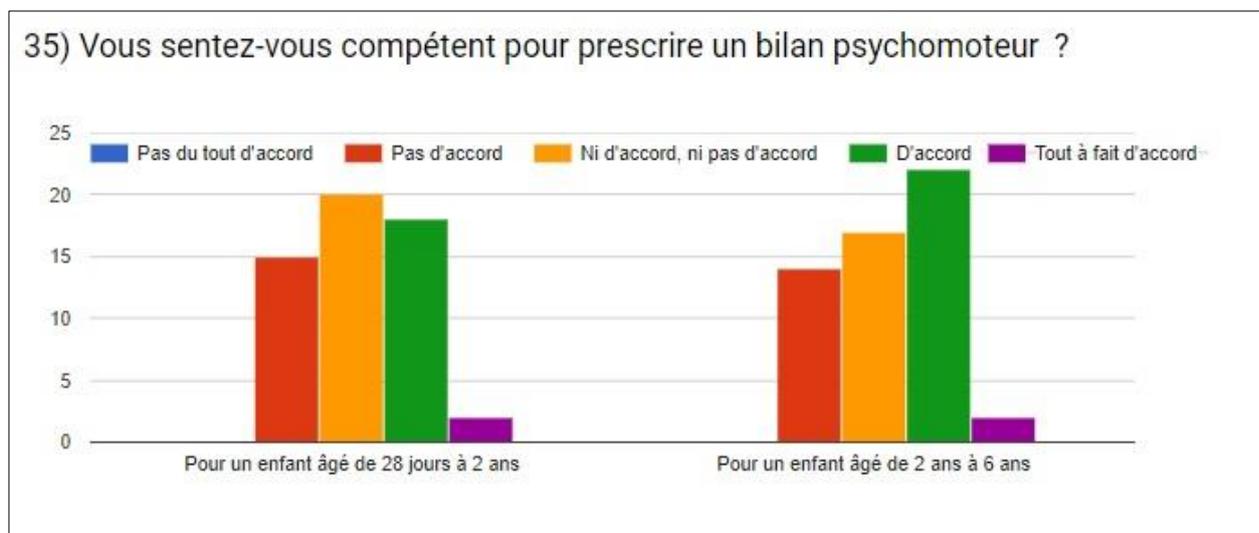
La majorité des médecins généralistes qui ont répondu réaliser le suivi du développement

psychomoteur de leur patientèle, semble estimer que ce suivi est une mission du médecin généraliste. En effet, concernant les nourrissons de 28 jours à 2 ans, 45 % (n=25) ont répondu être « d'accord » et 38 % (n=21) « tout à fait d'accord », et concernant les enfants âgés de 2 à 6 ans, 53 % (n=29) sont « d'accord » et 36 % (n=20) sont « tout à fait d'accord ».

Seulement 17 % (n=9) et 11 % (n=6) des médecins ont répondu être « ni d'accord ni pas d'accord » avec le fait que le suivi du développement psychomoteur est une mission du médecin généraliste, respectivement pour les nourrissons de 28 jours à 2 ans et pour les enfants de 2 à 6 ans.

A noter qu'aucun des médecins n'a répondu n'être « pas d'accord » ni « pas du tout d'accord » à cette question, que ce soit pour les nourrissons ou pour les enfants âgés de 2 à 6 ans.

1.4. La prescription d'un bilan psychomoteur



Concernant leur compétence à prescrire un bilan psychomoteur, le ressenti des médecins généralistes de notre étude semble partagé, notamment pour les nourrissons.

En effet, pour les nourrissons, 36 % (n=20) des médecins ont répondu se sentir ni compétents ni pas compétents pour prescrire un bilan psychomoteur, alors que 33 % (n=18) estiment être compétents et 27 % (n=15) estiment ne pas l'être. Seulement 4 % (n=2) estiment être tout à fait compétents.

Nous avons émis l'hypothèse que dans notre étude, les médecins âgés de moins de 40 ans se sentaient plus compétents que ceux de 60 ans et plus, concernant la prescription d'un bilan psychomoteur chez les enfants de moins de 2 ans. Or, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux sous-populations ($p=0,9$). La tendance que nous avons pu souligner est que quasiment la même proportion de médecins de ces deux sous-catégories ont répondu se sentir « compétents » ou « tout à fait compétents » avec la prescription d'un bilan psychomoteur chez un nourrisson (respectivement 33,3 % pour les médecins de moins de 40ans et 35 % pour ceux de 60 ans et plus).

Pour les enfants âgés de 2 à 6 ans, une majorité des médecins (40%, $n=22$) ont répondu se sentir compétents pour prescrire un bilan psychomoteur, alors que 31 % ($n=17$) estiment être ni compétents ni non compétents pour le faire. En revanche 25 % ($n=14$) des médecins ont répondu qu'ils pensaient ne pas être compétents et seulement 4 % ($n=2$) estiment l'être tout à fait.

A noter qu'aucun des médecins n'estime ne pas être du tout compétent pour prescrire un bilan psychomoteur, que ce soit pour un nourrisson ou pour un enfant âgé de 2 à 6 ans.

Nous avons émis l'hypothèse que dans notre étude, les médecins âgés de moins de 40 ans se sentaient plus compétents que ceux de 60 ans et plus, concernant la prescription d'un bilan psychomoteur chez les enfants âgés de 2 à 6 ans. Or, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux sous-populations ($p=0,78$). Là aussi la tendance retrouvée est que la proportion des médecins de ces deux sous-populations qui se sent « compétent » ou « tout à fait compétent » est proche (respectivement 40 % pour les médecins de moins de 40 ans et 35 % pour ceux de 60 ans et plus).

2) Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

2.1. Les délais trop importants pour les consultations spécialisées

Cette difficulté semble être la plus éprouvée par les médecins généralistes de notre étude. En effet, 44 % ($n=24$) d'entre eux ont répondu rencontrer « toujours » cette difficulté et 44 % ($n=24$) ont déclaré devoir y faire face « fréquemment ». Seulement 9 % ($n=5$) ont répondu se trouver « rarement » devant cette difficulté et 3 % ($n=2$) « jamais ».

Nous avons émis l'hypothèse que le type d'exercice des médecins de notre étude (ville, rural, semi-rural) influençait sur cette difficulté ressentie. Or, nous n'avons pas soulevé de différence

significative entre le type d'exercice en milieu urbain et celui en milieu semi-rural ($p=0,68$, $OR=1,6355$ avec $IC95\%$ [0,2077 ; 19,9391]), ni entre celui en milieu urbain et celui en milieu rural ($p=1$, $OR=1,5552$ avec $IC95\%$ [0,023 ; 35,1766]), ni entre celui en milieu semi-rural et celui en milieu rural ($p=1$, $OR=0,9596$ avec $IC95\%$ [0,0167 ; 12,4961]).

2.2. Le manque de communication entre les différentes structures et les différents professionnels

33 % ($n=18$) des médecins de notre étude se retrouvent « toujours » devant cette problématique et 49 % ($n=27$) « fréquemment ». Seulement 16 % ($n=9$) d'entre eux ont déclaré se retrouver « rarement » devant cette difficulté tandis que 2 % ($n=1$) « jamais ».

Néanmoins, on remarque que les médecins sont moins catégoriques lorsqu'il s'agit des difficultés pour trouver leur place parmi cette prise en charge pluridisciplinaire. En effet concernant les nourrissons, 38 % ($n=21$) ne sont « ni d'accord ni pas d'accord » à propos de la difficulté à trouver leur place mais également 38 % ($n=20$) disent être « d'accord ». Seulement 3 % ($n=2$) sont « tout à fait d'accord » et 18 % ($n=10$) « pas d'accord ». Enfin seulement 3 % ($n=2$) ont répondu n'être « pas du tout d'accord » avec cette hypothèse.

Nous avons émis l'hypothèse que le type d'exercice des médecins de notre étude (urbain, rural, semi-rural) influençait sur cette difficulté ressentie. Or, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre le type d'exercice en milieu urbain et celui en milieu semi-rural ($p=10,15$, $OR=3,89$ avec $IC95\%$ [0,655 ; 42,3163]), ni entre celui en milieu urbain et celui en milieu rural ($p=1$), ni entre celui en milieu semi-rural et celui en milieu rural ($p=0,16$).

2.3. La difficulté de l'application de tests standardisés en médecine générale

33 % ($n=18$) des médecins de notre population estiment devoir « toujours » faire face à cette difficulté en consultation et 47 % ($n=26$) de manière « fréquente ». Seulement 13 % ($n=7$) d'entre eux déclarent y faire face que « rarement » et 7 % ($n=4$) « jamais ».

2.4. Le manque de temps pour les consultations dédiées

Le manque de temps à consacrer aux consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur des enfants est une difficulté rencontrée de façon systématique pour 14,5 % des médecins de notre étude ($n=8$) et « fréquemment » pour 60 % d'entre eux ($n=33$). 16,5 % ($n=9$) ont répondu qu'ils devaient « rarement » y faire face et seulement 9 % « jamais » ($n=5$).

2.5. Un suivi de l'enfant irrégulier car multiple

Le fait qu'un enfant puisse être suivi par plusieurs professionnels de santé (pédiatre, médecin de PMI, médecin généraliste, etc.) peut entraîner un suivi irrégulier pour chaque praticien. 13 % (n=7) des médecins de notre étude ont déclaré devoir « toujours » faire face à cette difficulté et 56 % (n=31) d'entre eux « fréquemment ». Pour 20 % (n=11) d'entre eux cette problématique ne se pose que « rarement » et pour 11 % (n=6) « jamais ».

2.6. Les difficultés matérielles et organisationnelles

Pour réaliser de la meilleure manière possible le suivi du développement psychomoteur des enfants, il est recommandé d'avoir un espace dédié dans son cabinet afin que l'enfant puisse jouer et évoluer seul. Il est recommandé également au professionnel de santé d'utiliser des tests et du matériel adéquat. Pour 13 % (n=7) des médecins interrogés, cette difficulté leur pose « toujours » un problème et « fréquemment » pour 40 % (n=22). 31 % (n=17) des médecins ont déclaré devoir y faire face « rarement » et 16 % ont répondu « jamais » (n=9).

2.7. L'incertitude ressentie en l'absence d'un diagnostic clairement établi

58 % (n=32) des médecins généralistes ont répondu ressentir « fréquemment » cette incertitude comme une difficulté et 9 % (n=5) « toujours ». En revanche 29 % (n=16) d'entre eux sont « rarement » mis en difficulté par cette incertitude et 4 % (n=2) ne le sont « jamais ».

2.8. Le manque de formation et le manque de connaissances

Le manque de formation et/ou de connaissances concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants est une difficulté qui a divisé les médecins de notre population. En effet, pour 49 % (n=27) d'entre eux c'est une difficulté qu'ils retrouvent « fréquemment » alors que pour 44 % (n=24) d'entre eux ce n'est que « rarement ». Seulement 5 % (n=3) des médecins ont déclaré se retrouvés « toujours » en difficulté par leur manque de formation et/ou de connaissances dans ce domaine et 2 % « jamais » (n=1).

Nous avons émis l'hypothèse, que le manque de formation et de connaissances concernant ce domaine, était une difficulté ressentie plus fréquemment par les médecins de notre étude, âgés de 60 ans et plus, notamment comparé aux médecins de moins de 40 ans. Effectivement, cette hypothèse a été validée avec une différence significative entre ces deux sous-populations

($p=0,032$, $OR=0,1622$ avec $IC95\%$ [0,0241 ; 0,8801]).

2.9. Les difficultés pour la suite de la prise et l'orientation

La suite de la prise en charge des enfants suspects de trouble du développement psychomoteur, et notamment l'orientation et la conduite à tenir, pose « fréquemment » problème pour 45,5 % ($n=25$) des médecins de notre étude et « toujours » pour 5,5 % ($n=3$). En revanche elle pose « rarement » problème pour 36,5 % ($n=20$) d'entre eux et « jamais » pour 13 % ($n=7$).

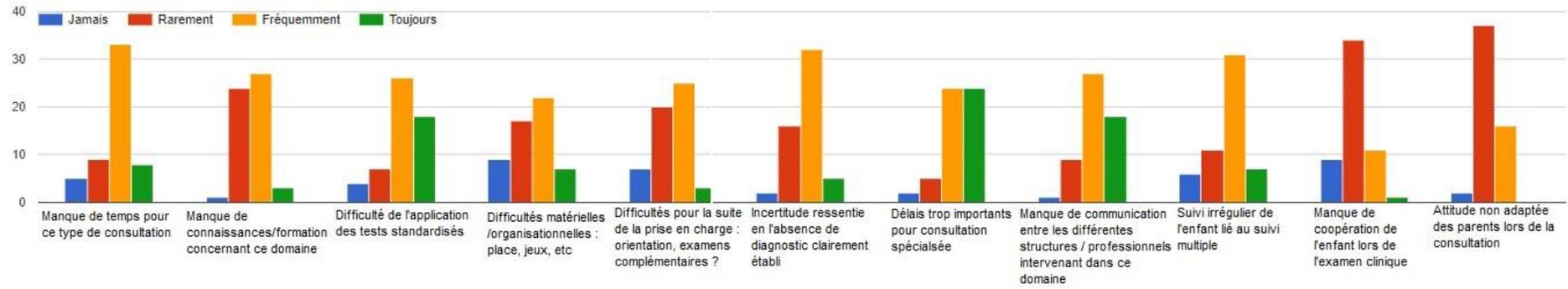
2.10. Une attitude non adaptée des parents

Une attitude non adaptée des parents ne semble pas être une difficulté pour les médecins généralistes de notre étude. En effet, 67 % ($n=37$) d'entre eux ont répondu devoir y faire face que « rarement » et 4 % « jamais » ($n=2$). Seulement 29 % ont répondu « fréquemment » ($n=16$) et aucun « toujours ».

2.11. Le manque de coopération de l'enfant pendant la consultation

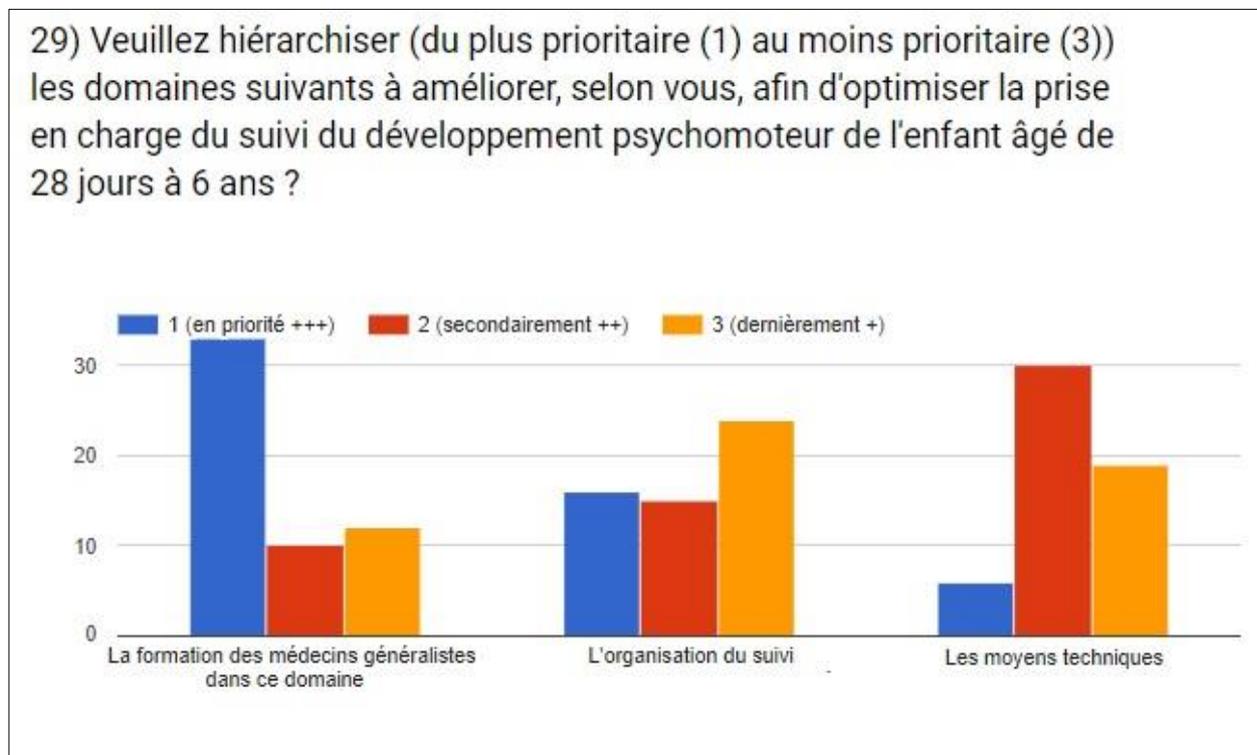
Cela ne paraît pas non plus poser réellement problème aux médecins de notre étude : 62 % ($n=34$) ont déclaré avoir « rarement » des difficultés avec un manque de coopération de l'enfant et 16 % ($n=9$) ont répondu n'avoir « jamais » rencontré cette difficulté. Seulement 20 % ($n=11$) des médecins de l'étude sont « fréquemment » en difficulté avec cette problématique et un seul médecin a répondu « toujours » (2%).

27) Les propositions ci-dessous sont-elles des difficultés que vous rencontrez lors du suivi du développement psychomoteur de l'enfant de 28 jours à 6 ans, en médecine générale ?



IV/ Résultats concernant les éventuelles aides et pistes de soutien

1) Les domaines à améliorer selon les médecins généralistes



Dans notre étude, une grande majorité des médecins généralistes (60%, n=33) pense qu'il faut améliorer en priorité leur formation théorique et/ou pratique dans ce domaine. 29 % (n=16) des médecins ont plébiscité l'organisation du suivi comme domaine à améliorer prioritairement pour optimiser la prise en charge du suivi du développement psychomoteur des enfants. Enfin, 11 % (n=6) préféreraient que les moyens techniques mis à disposition des médecins généralistes soient améliorés en priorité.

Le domaine qui serait souhaitable d'améliorer et qui arrive en deuxième position est celui des moyens techniques pour 55 % (n=30) des médecins interrogés, contre 27 % (n=15) pour celui de l'organisation du suivi et 18 % (n=10) pour la formation.

Enfin, selon les médecins de notre étude et parmi les trois choix possibles, le domaine qui se situe en dernière position serait celui de l'organisation du suivi vu que 44 % (n=24) des médecins l'ont mis à cette position, contre 34 % (n=19) pour les moyens techniques et 22 % (n=12) pour la formation.

Nous avons émis l'hypothèse que dans notre étude, l'amélioration de la formation théorique

et/ou pratique dans ce domaine était d'avantage une priorité pour les médecins âgés de 60 ans et plus, notamment comparé aux médecins âgés de moins de 40 ans. Effectivement, cette hypothèse a été validée avec une différence significative entre ces deux sous-populations ($p=0,008$, $OR=0,0972$ avec $IC95\% [0,008 ; 0,6585]$).

2) Les pistes pour améliorer la formation et les connaissances des médecins généralistes dans ce domaine

Une majorité de médecins interrogés (40%, $n=22$) a répondu qu'ils souhaiteraient pouvoir participer à des formations médicales continues (FMC) et/ou à des conférences sur ce sujet.

24 % ($n=14$) estiment qu'il faudrait améliorer la formation pratique durant les années d'études concernant le domaine du développement psychomoteur, alors qu'un seul médecin (1,8%) a répondu qu'il faudrait améliorer la formation théorique.

11 % ($n=6$) ont répondu qu'ils aimeraient que paraissent de nouvelles recommandations HAS à propos de ce suivi. 9 % ($n=5$) quant à eux ont déclaré préférer se former par leurs propres moyens. 7,3 % ($n=4$) souhaiteraient s'inscrire à un diplôme universitaire sur ce domaine. Enfin 5,5 % ($n=3$) ne souhaitent pas approfondir leurs connaissances sur ce sujet et un médecin a proposé la mise en place d'ateliers de cas cliniques pratiques.



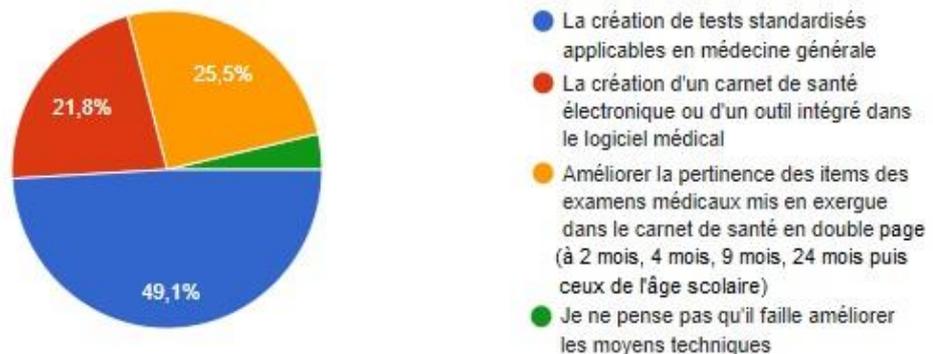
3) Les pistes pour améliorer les moyens techniques

Quasiment la moitié des médecins interrogés (49%, n=27) pense que la mesure principale qui permettrait d'améliorer les moyens techniques concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants, serait la création de tests standardisés applicables en médecine générale.

25,5 % des médecins (n=14) pensent que la mesure principale serait d'améliorer la pertinence des items des examens médicaux mis en exergue dans le carnet de santé de l'enfant, et 22 % (n=12) estiment que ce serait la création d'un carnet de santé électronique ou d'un outil intégré dans le logiciel médical.

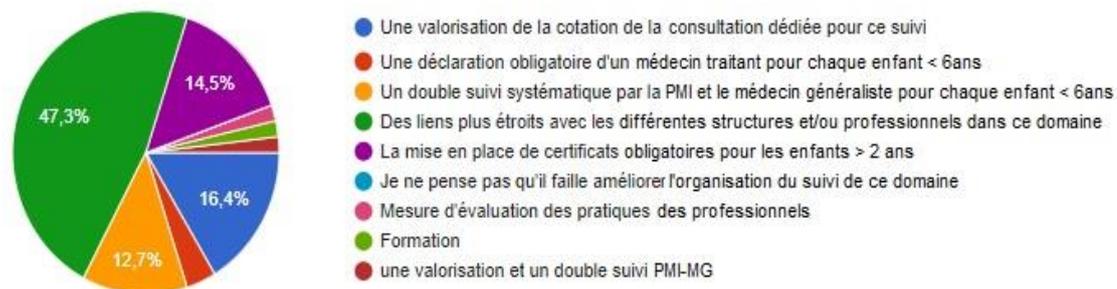
Enfin, 3,5 % (n=2) pensent qu'il ne faut pas améliorer les moyens techniques.

32) Selon vous, quelle est la mesure principale qui permettrait d'améliorer les moyens techniques concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans ?



4) Les pistes pour améliorer l'organisation du suivi du développement psychomoteur des enfants

31) Selon vous, quelle est la mesure principale qui permettrait d'améliorer l'organisation du suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans ?



La mesure principale qui permettrait d'améliorer l'organisation du suivi du développement psychomoteur est, pour 47 % des médecins interrogés (n=26), l'établissement de liens plus étroits entre les différentes structures et/ou professionnels intervenant dans ce domaine.

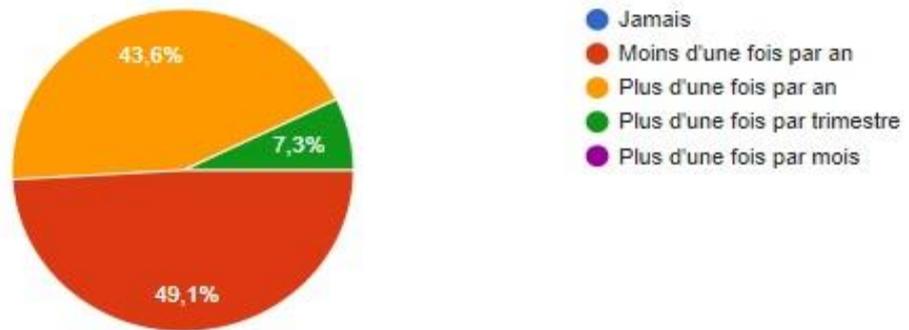
Pour 16,5 % des médecins (n=9), la mesure principale serait plutôt une valorisation de la cotation de la consultation dédiée pour ce suivi et pour 14,5 % (n=8) la mise en place de certificats obligatoires pour les enfants de plus de 2 ans. 13 % des médecins de notre étude (n=7) ont plébiscité la mise en place d'un double suivi PMI - médecin généraliste systématique pour chaque patient pédiatrique.

Seulement 4 % des médecins (n=2) ont décrit comme mesure principale la déclaration obligatoire d'un médecin traitant pour chaque enfant.

Enfin 5 % des médecins interrogés (n=3) ont répondu par d'autres mesures à mettre en place comme par exemple une mesure d'évaluation des pratiques professionnelles obligeant selon eux à avoir un regard sur sa formation et sur ses connaissances.

A noter qu'aucun médecin n'a répondu qu'il pensait qu'il ne fallait pas améliorer l'organisation de ce suivi.

33) A quelle fréquence avez-vous déjà été confronté à un trouble du développement psychomoteur (suspecté ou confirmé) d'un enfant entre 28 jours et 6 ans?



Enfin, 49 % des médecins de notre population (n=27) estiment avoir été confrontés moins d'une fois par an à un trouble du développement psychomoteur d'un enfant contre 44 % (n=24) plus d'une fois par an et 7 % (n=4) plus d'une fois par trimestre.

On peut noter qu'aucun des médecins n'a répondu n'avoir jamais été confronté à un trouble de ce type et aucun des médecins n'a été dans cette situation plus d'une fois par mois.

DISCUSSION

I/ Les forces et limites de l'étude

1) Les forces

Comme nous l'avons vu, peu d'études, notamment en France, ont été réalisées sur le suivi du développement psychomoteur des enfants en médecine générale. Ce domaine, assez méconnu par les praticiens et peu étudié dans la littérature, est néanmoins incontournable dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, et primordial pour le devenir de la population pédiatrique.

Le fait de réaliser une étude quantitative nous a permis de nous adresser à une grande population, qui était ici l'ensemble des médecins généralistes installés dans l'Aude, afin d'obtenir le plus grand nombre de réponses possibles.

La population de notre étude, concernant la répartition des sexes, correspond à celle des médecins généralistes inscrits à l'Ordre des médecins en France selon l'Atlas de la démographie de 2017 (53 % de médecins généralistes sont des hommes et 47 % sont des femmes). (61)

2) Les limites

2.1. Biais de recueil de données

Une des principales limites de notre étude est le faible taux de réponse. En effet, la taille trop réduite de notre échantillon ne permet pas d'obtenir des résultats suffisamment fiables et reproductibles de la population étudiée. Nous pouvons ainsi uniquement mettre en évidence de simples tendances.

De plus, la population de notre étude se concentrait sur le département de l'Aude et n'est donc pas généralisable au territoire français.

Ce faible taux de réponse peut être expliqué par différentes causes probables. Premièrement, les médecins généralistes n'ont souvent pas beaucoup de temps à consacrer aux questionnaires. Ils sont régulièrement mis à contribution, notamment par les thésards, et ne peuvent pas répondre à toutes les sollicitations. De plus, les praticiens reçoivent quotidiennement une très grande quantité de mails sur leur adresse professionnelle et ne les lisent pas tous. En effet, plusieurs médecins qui initialement souhaitaient participer à mon travail de thèse m'ont finalement déclaré « ne pas avoir reçu le mail ». Nous pouvons également nous demander si tous les praticiens reçoivent bien les mails adressés par le Conseil de l'Ordre. Dernièrement, nous pouvons soumettre l'hypothèse que le sujet de la thèse, assez méconnu des praticiens, n'a suscité que peu

d'intérêt chez les médecins concernés.

2.2. Biais de sélection

Les médecins participants ont été recrutés sur la base du volontariat. On peut donc envisager qu'ils avaient un intérêt particulier pour cette thématique comme l'attestent les résultats. En effet, seulement 6 médecins de notre étude (9,8%) ont déclaré ne pas réaliser le suivi du développement psychomoteur des enfants de leur patientèle. Ce biais de sélection était tout de même limité lié à l'envoi par mail du questionnaire par le Conseil de l'Ordre.

2.3. Biais de déclaration et de mémorisation

Les données recueillies étaient déclaratives par l'intermédiaire d'un questionnaire auto-administré. Malgré l'anonymisation des résultats, il existe un biais de déclaration et de mémorisation.

Le questionnaire de notre étude comportait beaucoup de questions fermées laissant peu de places à l'expression personnelle des praticiens notamment sur leurs ressentis et leurs difficultés.

II/ Les principaux résultats

1) Des médecins généralistes impliqués dans le suivi du développement psychomoteur des enfants

Notre étude a permis de mettre en avant que les médecins généralistes considèrent qu'ils occupent une place importante dans le suivi du développement psychomoteur des enfants. En effet, seulement 6 médecins de notre étude (9,8%) ont répondu ne pas réaliser ce suivi, et chacun d'entre eux a répondu orienter les enfants de leur patientèle vers un pédiatre pour que celui-ci soit effectué. Il serait peut être intéressant de réaliser une étude pour connaître les raisons qui incitent ces praticiens à ne pas réaliser ce suivi.

Concernant les médecins ayant répondu qu'ils réalisaient le suivi du développement psychomoteur de leur patientèle pédiatrique (90,2%), la grande majorité a répondu être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec le fait que ce soit une de leurs missions en tant que médecin généraliste (respectivement 84 % pour les enfants de moins de 2 ans et 90 % pour ceux entre 2 ans et 6 ans). Aucun médecin n'a répondu n'être « pas d'accord » ni « pas du tout d'accord ».

Dans notre étude, nous avons pu constater que **les praticiens semblent être plus à l'aise avec le suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de plus de 2 ans plutôt qu'avec celui des enfants de moins de 2 ans**. En effet, une majorité des praticiens interrogés (47%) a répondu être « ni à l'aise, ni pas à l'aise » concernant ce suivi chez les enfants de moins de 2 ans alors qu'une majorité (45,5%) a répondu être « à l'aise » pour celui des enfants âgés entre 2 et 6 ans.

Nous aurions pu penser obtenir le résultat inverse du fait que le suivi du développement psychomoteur des enfants de moins de 2 ans semble plus codifié, avec des examens plus réguliers et des certificats obligatoires à réaliser. De plus, il nous paraissait moins évident de réussir à voir régulièrement en consultation dédiée, les enfants à partir de leur entrée scolaire, pour évaluer le suivi de leur développement psychomoteur. Nous pouvions envisager ainsi, que les médecins généralistes pensaient qu'à partir de 2 ans ce suivi devienne d'avantage un domaine de la médecine scolaire par exemple.

Nous avons émis l'hypothèse que l'âge des praticiens de notre étude pouvait influencer sur leur aisance dans ce domaine. Or, nous n'avons mis en évidence aucune différence statistiquement significative entre les différentes classes d'âge des médecins de notre population (moins de 40 ans, entre 40 et 59 ans, 60 ans et plus). En revanche, nous avons pu mettre en avant la tendance que ce sont les médecins généralistes âgés de moins de 40 ans qui semblent être les plus à l'aise concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de moins de 2 ans et de plus de 2 ans.

Enfin, nous avons également émis l'hypothèse que les praticiens de notre étude qui sont parents, étaient plus à l'aise que ceux qui ne le sont pas, concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre ces deux sous-populations. En revanche, nous avons pu constater la tendance que ce sont plutôt les médecins qui ne sont pas parents qui sont plus à l'aise avec le suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de moins de 2 ans et de plus de 2 ans.

2) Une place importante pour les consultations dédiées

Plusieurs études ont montré l'enjeu d'une intervention la plus précoce possible en matière de retard de développement psychomoteur, avec une amélioration du pronostic à long terme.

L'un des objectifs principaux de la loi du 15 juillet 1970, relative à la réalisation des certificats

obligatoires, est justement de « dépister de façon précoce les troubles du développement et de l'adaptation, afin d'instaurer le plus rapidement possible une prise en charge efficace » (10).

En 1992, les avantages d'une intervention précoce dans la prise en charge de troubles cognitifs, notamment dans des milieux environnementaux défavorables, ont été démontrés dans une revue de la littérature (62).

En 1997, aux Etats-Unis, l'importance d'une intervention précoce avant l'âge de deux ans est également mise en avant, avec notamment l'Individuals With Disabilities Education Act (IDEA) qui est à l'origine du programme d'intervention précoce recommandé par l'AAP (63).

En 2000, FP. Glascoe a insisté également sur ce point. En effet, pour elle, les bénéfices sont aussi économiques, liés à une chance plus importante, pour les enfants bénéficiant d'une intervention précoce, de pouvoir obtenir un emploi lorsqu'ils seront adultes (64). Mackrides en 2011 a également souligné ce point (35).

Dans notre étude, nous avons pu constater que la plus grande partie des médecins généralistes (83%) sont en accord avec le fait que la réalisation de consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de 28 jours à 6 ans permet un dépistage plus précoce des retards de développement psychomoteur.

93 % des médecins de notre étude ont répondu réaliser le suivi du développement psychomoteur des enfants lors de consultations dédiées. Cependant, nous avons pu remarquer que ce n'était pas systématiquement le cas. En effet, 25% de la population a répondu qu'ils pouvaient l'effectuer également lors de consultations prévues pour une maladie intercurrente et 78 % lors d'une consultation pour un autre motif (comme pour un vaccin ou un certificat médical par exemple). Or, dans les recommandations HAS 2005 (13), « le groupe de travail propose que les consultations spécifiques de dépistage soient programmées et réalisées chez des enfants ne présentant pas de pathologie aiguë » afin que l'enfant soit examiné dans de bonnes conditions et à des âges précis.

Concernant la fréquence de réalisation des consultations dédiées, pour la majorité des médecins de notre population, elle est d'une fois par mois pour les enfants âgés de 28 jours à 6 mois (pour 70 % des médecins), d'une fois tous les trois mois pour les enfants âgés de 6 mois à 18 mois (pour 34,5 % des médecins) et d'une fois par an pour les enfants âgés de 18 mois à 6 ans (pour

40 % des médecins). Nous pouvons ainsi remarquer que plus l'enfant est âgé, plus la fréquence de réalisation des consultations dédiées à ce suivi s'éloigne de celle recommandée par la Haute Autorité de Santé. En effet, cette-dernière est d'une fois par mois pour les enfants âgés de 28 jours à 6 mois, puis tous les trois mois pour les enfants âgés de 6 mois à 18 mois, puis tous les six mois jusqu'à l'âge de 6 ans.

Nous pouvons ainsi souligner que les médecins généralistes sont plus « rigoureux » concernant la fréquence de consultations dédiée au suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de moins de 2 ans alors qu'ils estiment être moins à l'aise dans ce domaine que pour les enfants plus âgés.

3) Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et pistes de soutien

Le suivi du développement psychomoteur des enfants en médecine générale est un domaine dans lequel les praticiens rencontrent régulièrement diverses difficultés. Elles peuvent concerner le dépistage en lui-même, l'annonce aux parents ou la suite de la prise en charge de l'enfant. Cela a été confirmé par les médecins généralistes de notre étude.

3.1. Difficultés concernant le dépistage

3.1.1. Manque de formation et/ou de connaissances

a) Formation

Il existe, depuis la réforme du second cycle des études médicales en 2000, un module spécifique, intitulé "Maturation et vulnérabilité", avec un item consacré à l'étude du "développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques".

Dans une étude de l'Inserm, 89% des médecins généralistes jugeaient que leur formation était suffisante dans le domaine du développement psychomoteur (15).

Dans notre étude, **le manque de formation et/ou de connaissances concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants est une difficulté qui a divisé les médecins généralistes**. En effet, pour 54 % d'entre eux c'est une difficulté qu'ils retrouvent « fréquemment » ou « toujours » alors que pour 46% d'entre eux ce n'est que « rarement » ou « jamais ».

Nous avons pu mettre en évidence que cette difficulté est ressentie **plus fréquemment par les médecins âgés de 60 ans et plus**, notamment comparé aux médecins âgés de moins de 40 ans.

Cela peut être expliqué par la mise en place d'un item spécifique à ce sujet suite à la réforme du second cycle des études médicales en 2000, déjà cité ci-dessus.

Nous avons pu également constater que, même si le manque de formation n'est pas une difficulté rencontrée par tous les médecins généralistes, une grande majorité d'entre eux (60%) pense qu'il faut **améliorer en priorité leur formation théorique et/ou pratique dans ce domaine**. La demande de formation des médecins généralistes sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur de l'enfant est constatée dans d'autres études, comme le travail de thèse d'E. Dutel (23).

Pour cela, une majorité de médecins interrogés (40%) a répondu qu'ils souhaiteraient pouvoir participer à des formations médicales continues (FMC) et/ou à des conférences sur ce sujet. Il existe des programmes de formation médicale continue consacrés au dépistage des troubles du développement psychomoteur de l'enfant comme par exemple, les séances de formation "Standardisation des examens systématiques aux âges 9-24-36 mois à l'aide d'une boîte à outils", organisées plusieurs fois par an à Paris, et indemnisées par l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC).

On peut noter également que l'une des missions du CAMSP et des CMP est justement « la formation et l'information auprès des partenaires ». Il leur est donc possible de former les médecins généralistes notamment sur le dépistage des troubles du développement psychomoteur de l'enfant et leur prise en charge. Ainsi, une fois les attentes des médecins généralistes recueillies sur ce domaine, nous pourrions envisager que des soirées de formation organisées par le CAMSP et/ou le CMP soient instaurées.

Dans notre étude, un quart des médecins estiment qu'il faudrait, en ce qui concerne le développement psychomoteur, **améliorer la formation pratique** durant les années d'études. Durant notre cursus, nous pouvons réaliser des stages en pédiatrie. Lors de l'externat, ils se réalisent essentiellement dans les services des centres hospitaliers. Lors de l'internat de médecine générale à Montpellier, quelques terrains de stage sont disponibles chez des pédiatres de ville ou en services de PMI, lieux où le suivi du développement psychomoteur des enfants peut être enseigné dans de bonnes conditions. En effet, dans les services hospitaliers, les enfants sont hospitalisés pour des pathologies aiguës ou chroniques et l'examen du développement psychomoteur peut être biaisé. Ainsi, nous pensons que le développement de terrains de stages en pédiatrie de ville, en services de PMI ou en contact avec des structures et/ou professionnels impliqués dans ce domaine est à encourager. La réforme récente du 3^{ème} cycle de 2017 va actuellement dans ce sens. (65)(66)(67)

Enfin, nous pouvons souligner que seulement un peu plus d'un tiers des médecins de notre population (37 à 44%) estiment être « compétents » ou « tout à fait compétents » pour prescrire un bilan psychomoteur pour un enfant. Il serait intéressant d'étudier auprès des praticiens s'ils considèrent que la prescription d'un bilan psychomoteur fait partie de leur mission en tant que médecin généraliste.

Le groupe de travail recommande en conclusion des recommandations HAS de 2005 (13) que « le médecin ayant réalisé un acte de prévention puisse être prescripteur des bilans nécessaires », sans toute fois détailler plus précisément ces bilans. Cependant, il est à noter que, contrairement à la prescription de kinésithérapie ou d'orthophonie, dont un item spécifique de l'Epreuve Classante Nationale (ECN) leur est dédié (item n°118, anciennement item n°53, intitulé « principales techniques de rééducation et de réadaptation : savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie»), la prescription d'un bilan psychomoteur n'est pas réellement abordée lors de nos études. Il serait peut être intéressant d'ajouter cet objectif au programme de l'ECN.

b) Connaissances des recommandations

Dans une étude publiée en 2010 (68), interrogeant des médecins généralistes à propos des recommandations émises par la HAS en 2005, concernant le dépistage recommandé chez l'enfant de 2 à 6 ans, « seulement 43% des praticiens avaient eu connaissance de ces recommandations cinq ans après leur parution, et uniquement 20% des médecins avaient modifié leurs pratiques ». En revanche, « plus de 70% des médecins estimaient que l'ensemble des recommandations était réalisable ».

Dans notre étude, il aurait sans doute été intéressant de demander aux médecins s'ils connaissaient les recommandations HAS de 2005, d'autant plus que 11 % d'entre eux ont répondu souhaiter avoir de nouvelles recommandations.

c) Connaissances des tests

Dans notre étude, nous avons constaté que 65,5 % des médecins de notre étude ne connaissent aucun des tests de dépistage de retard de développement psychomoteur et que 74,5 % d'entre eux n'en utilisent aucun lors des consultations.

Une étude réalisée en 2010 auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon (21) a

également souligné que les tests de dépistage sont très peu utilisés par les médecins généralistes.

d) Connaissances des structures

Les médecins généralistes de notre étude **semblent être plutôt informés des fonctions et des objectifs des différentes structures**. Ils estiment être « au courant » ou « parfaitement au courant » pour 87% d'entre eux concernant la PMI, pour 67% d'entre eux concernant le CAMSP et pour 76% d'entre eux pour le CMP et le CMPP.

On peut souligner néanmoins que la part de médecins qui estiment être « parfaitement au courant » est assez faible pour chacune de ces structures (moins de 13%). Nous pouvons remarquer que la PMI semble être la structure la mieux connue des médecins généralistes, tandis que le CAMSP semble être celle dont les fonctions et les objectifs sont les moins communs.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les différentes classes d'âge de notre population, mais une légère tendance s'est dégagée de notre étude indiquant que les médecins âgés de moins de 40 ans estimaient être plus au clair avec les objectifs et les fonctions des différentes structures, que les médecins âgés de 60 ans et plus.

Cette méconnaissance des structures spécialisées par les médecins généralistes avait été retrouvée dans le travail de thèse de C. Micoine (69), ainsi que dans l'étude réalisée en 2013 dans les Côtes-d'Armor (70) où les médecins généralistes demandaient la mise en place d'outils permettant de définir les rôles de chacune d'entre elles.

3.1.2. Manque de temps

Le manque de temps à consacrer au suivi du développement psychomoteur des enfants est une difficulté retrouvée régulièrement dans les études consacrées à ce sujet. En effet, l'étude de l'INSERM de 2005 montre que « dans 70% des cas, l'examen de l'enfant, au cours d'une situation de dépistage, dure plus de 15 minutes, et que cette durée est corrélée à un dépistage plus complet, notamment dans le domaine psychomoteur » (15). Aux Etats-Unis, Sand et al (69) ainsi qu'un sondage réalisé par l'AAP (22) ont retrouvé le même résultat.

Concernant les échelles de dépistage, nous avons vu que le temps de passation des différents tests disponibles peut varier de moins de 10 minutes pour les questionnaires parentaux, à plus d'une heure pour le test de Brunet-Lézine (13). Il est ainsi envisageable que certains médecins soient obligés de prévoir une nouvelle consultation pour avoir plus de temps à consacrer à

l'examen et au test de dépistage.

Dans notre étude, **le manque de temps** à consacrer aux consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur des enfants **a également été une difficulté** rencontrée par les médecins généralistes. En effet, 14,5 % d'entre eux ont déclaré y faire face de façon systématique et 60 % fréquemment.

En ce qui concerne la durée moyenne de ces consultations dédiées à ce suivi, la majorité des médecins de notre étude a répondu y consacrer entre 15 et 30 minutes, que ce soit pour les enfants de moins de 2 ans ou pour ceux âgés entre 2 et 6 ans.

3.1.3. Tests et supports

a) Le manque de tests applicables en médecine générale

Dans l'introduction de ce travail, en exposant une partie des tests de dépistage qui existent dans ce domaine, nous avons souligné la grande diversité d'outils permettant d'évaluer le développement psychomoteur des enfants et la manière différente dont chacun aborde la tâche. Certains sont très généraux et d'autres se concentrent sur des domaines spécifiques du développement. Certains sont des questionnaires à remplir par les parents et d'autres sont basés sur l'observation directe du clinicien. Il n'existe pas d'outil de dépistage universellement accepté et adapté à toutes les populations et à tous les âges.

Comme nous l'avons déjà vu dans notre étude, **65,5 % des médecins généralistes ne connaissent aucun des tests de dépistage de retard de développement psychomoteur** et **74,5 % d'entre eux n'en utilisent aucun** lors des consultations.

Cette tendance est retrouvée dans l'étude américaine de Sand et al en 2004 (71) ainsi que dans celle de L. Sices (72), qui soulignent que seulement une minorité de praticiens utilisent des tests standardisés, malgré les recommandations de l'AAP. Cette dernière étude montre également que « plus de la moitié des enfants avec des troubles du développement ne sont pas dépistés avant l'âge scolaire », alors que d'après l'auteur, « l'utilisation systématique d'échelles de développement pourrait améliorer ce résultat ».

Cette absence de tests standardisés, applicables en médecine générale, est une difficulté dont une grande partie de notre population a été exposée. En effet, 33 % des médecins de notre étude estiment devoir « toujours » faire face à cette difficulté en consultation et 47 % de manière

« fréquente ».

De plus, quasiment la moitié des médecins interrogés (49%), pense que la mesure principale qui permettrait d'améliorer les moyens techniques concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants, serait la création de tests standardisés applicables en médecine générale.

Le rapport de la HAS de 2005 (13) propose en conclusion que « des tests de dépistage simples pour l'âge de 2, 4 et 6 ans soient développés par un groupe d'experts et mis en place au plus tôt. Ils consisteraient en une courte série de questions simples sur le développement de l'enfant, qui sera soit remplie par les parents ou les adultes proches de l'enfant et analysée avec le médecin, soit remplie par le médecin lors de la consultation. Cela permettrait d'aborder avec les parents d'éventuels problèmes sur le développement de leur enfant et, associé à l'observation et l'examen clinique de l'enfant, de réaliser si nécessaire une orientation vers un médecin ou une structure spécialisés ». Enfin, le rapport de la HAS propose que « ces tests de dépistage simples, parallèlement à leur mise en place, soient validés sur la population française ».

Pour le moment, à notre connaissance, aucun test de dépistage n'a été développé.

Les questionnaires parentaux, pouvant être remplis par les parents avant la consultation, présentent l'avantage d'être moins chronophage pour le praticien. Ils ont aussi, pour la plupart, une bonne sensibilité et une bonne spécificité, d'autant plus qu'il est reconnu dans la littérature que les inquiétudes des parents sont fiables concernant le développement de leur enfant (sensibilité et spécificité aux alentours de 75%). A noter que la précision est plus importante chez les enfants de plus de 4 ans (38). Les questionnaires parentaux sont également moins coûteux que les outils directement administrés. Néanmoins, les questionnaires parentaux sont plus subjectifs que les outils directement réalisés par les cliniciens (35).

Le travail de thèse de Rouvelet Laetitia (73) a montré que le test ASQ3 semble facilement utilisable par les médecins généralistes et leurs patients. En effet, « 84% des médecins pensaient que le test était faisable en pratique quotidienne » et « 88% des médecins estimaient que le temps de réalisation du test était adapté à une consultation de médecine générale ».

Dans l'ouvrage « Déficiences intellectuelles - Repérage et dépistage » (74), les auteurs rappellent que « si certains auteurs prônent clairement l'utilisation des outils de dépistage (Shevell et coll.,

2005) et défendent leur relative validité prédictive, d'autres auteurs rappellent au contraire que la valeur prédictive de ces tests de dépistage sur le niveau de fonctionnement intellectuel ultérieur est mauvaise (Sonnander, 2000 ; Bornholt et coll., 2004). Mais cet argument n'est pas un obstacle si on reste sur l'objectif du dépistage, qui n'est pas de faire un pronostic mais de repérer des enfants à risque en vue de les orienter vers une structure de diagnostic et d'intervention précoce (Shevell et coll., 2005). »

b) Le rôle du carnet de santé

Dans notre étude, **le carnet de santé des enfants est le support privilégié** utilisé en consultation, pour la majorité des praticiens (45,5%).

Plusieurs études, comme celles réalisées en 2009 dans le Vaucluse (75) ou auprès de médecins généralistes parisiens (76), confirment que le carnet de santé apparaît comme un outil de référence du médecin généraliste en matière de suivi du développement psychomoteur.

Dans une étude de 2010, réalisée pour la Direction générale de la santé (77), on retrouve que « plus de 95 % des médecins généralistes déclarent consulter de manière systématique le carnet de santé lors d'une consultation des enfants de moins de 2 ans et plus de 87% déclarent le remplir systématiquement lors de ces consultations ». Néanmoins, depuis 1995, « le taux de réalisation des certificats obligatoires à 8 jours, 9 mois, et 24 mois, est en baisse, et celui-ci est d'autant plus bas que l'enfant est âgé (95% à J8 ,70% à 9 mois, 60% à 24 mois) » (78). Il serait sans doute intéressant de s'interroger sur les raisons de cette baisse de réalisation des certificats obligatoires, malgré la valorisation de ces consultations par l'assurance maladie.

Dans notre étude, 25,5 % des médecins pensent que la mesure principale qui permettrait d'améliorer les moyens techniques concernant le suivi du développement psychomoteur serait de perfectionner la pertinence des items des examens médicaux mis en exergue dans le carnet de santé de l'enfant, et 22 % estiment que ce serait la création d'un carnet de santé électronique ou d'un outil intégré dans le logiciel médical.

Le ministère des Solidarités et de la Santé a publié les nouveaux modèles du carnet de santé et des certificats de santé de l'enfant (79). Ils sont entrés en vigueur le 1er avril 2018. Ils ont été mis à jour sur la base des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (80) « afin de tenir compte des avancées scientifiques ainsi que des attentes des professionnels de santé et des familles ». Les principales évolutions de la nouvelle édition concernent « les

messages de prévention qui ont été enrichis et actualisés pour tenir compte des évolutions scientifiques et sociétales, de nouvelles recommandations et l'identification de nouveaux risques, l'introduction de nouvelles courbes pour le suivi de la croissance des enfants et les nouvelles recommandations vaccinales ». Nous pouvons noter également une mise en place progressive d'une dématérialisation des certificats de santé (81).

Parmi les messages de prévention, une place importante a été accordée à la place des écrans. En effet, on remarque l'ajout d'un paragraphe dans « conseils aux parents » page 14, expliquant que « la meilleure façon de favoriser le développement de l'enfant est d'interagir directement avec lui, d'éviter de mettre son enfant âgé de moins de 3 ans, dans une pièce où la télévision est allumée même s'il ne la regarde pas, et quel que soit son âge, d'éviter de mettre un téléviseur dans la chambre où il dort, ainsi que de ne pas lui donner de tablette ou de smartphone pour le calmer, ni pendant ses repas, ni avant son sommeil ».

A noter également que dans la rubrique « protégez votre enfant » après l'âge de 9 mois, page 38, le conseil de ne pas utiliser de trotteur a été ajouté, car il peut être source de chute et de retard de marche.

Nous pouvons également souligner une mise à jour des repères neurodéveloppementaux : en effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2018, a actualisé ses recommandations concernant le trouble du spectre de l'autisme (TSA) (82) dans lesquelles elle indique que « la recherche des signes d'alerte pour un développement inhabituel chez l'enfant s'appuie sur les items du carnet de santé mis à jour. L'inquiétude des parents, la régression d'habiletés relationnelles ou langagières, l'absence de certaines acquisitions chez le jeune enfant, sont des signes d'alerte majeurs d'un trouble neuro-développemental ou d'un TSA » (81).

Parmi ces modifications on note :

- ajout d'un examen de la 2^{ème} semaine (page 11) avec la réalisation d'un examen clinique global dont l'évaluation du tonus axial, du tonus des membres, de la mobilité et de la vigilance ainsi que la réaction aux stimuli sonores
- examen du 9^{ème} mois : suppression des items « pointe du doigt » (qui posait problème aux praticiens car il apparaissait trop tôt dans le développement de l'enfant (77)) et « joue à coucou le voilà » ; et ajout des items « imite un geste simple (au revoir/bravo) » et « bonne qualité de

sommeil »

- examen des 24 mois : suppression de l'item « motricité symétrique des 4 membres » ; et ajout des items « pointe du doigt », « sollicite un adulte/une autre personne » et « joue à faire semblant »

- examen de la 3^{ème} année et de la 4^{ème} année : suppression de l'item « propreté nocturne acquise »

- examen de la 6^{ème} année : suppression des items « attrape une balle qui rebondit », « exécute une consigne », et « latéralité main, œil et pied » ; modification de l'item « copie un carré, un losange, des boucles » par « copie un carré » ; et apparition des items « copie un triangle », « doigt nez plusieurs fois », « coordination motrice pied G main D » et « propreté nocturne ».

Enfin nous pouvons souligner, concernant les modifications des courbes de croissance, l'apparition d'une courbe de croissance du PC selon le sexe et allant jusqu'à l'âge de 5 ans (contre 3 ans auparavant).

L'ensemble des modifications semble être cohérent et dans un but d'un meilleur suivi du développement, même si certains nouveaux items peuvent paraître imprécis (comme par exemple « coordination motrice pied G main D »).

En revanche, on peut déplorer la suppression de la page 17 de l'ancienne version du carnet de santé qui expliquait aux parents la fréquence des 20 examens médicaux obligatoires jusqu'à l'âge de 6 ans, ainsi que les trois certificats médicaux à 8 jours, 9 mois et 24 mois. Elle rappelait également qu'après 6 ans, un examen de suivi par an est recommandé. Un paragraphe expliquait aux parents que « ces examens sont importants pour suivre le développement et la santé de votre enfant et prendre en charge rapidement les problèmes. Ils sont un moment privilégié pour dialoguer avec le médecin ». Enfin, cette page rappelait aux parents « d'effectuer ces consultations en dehors de toute pathologie aiguë et d'apporter le carnet de santé de votre enfant à chaque consultation ». Ce rappel aux parents nous paraissait important afin de permettre un suivi régulier de l'enfant qui est souvent difficile à mettre en place.

Une prochaine étude sera sans doute intéressante à réaliser dans quelques années auprès des

praticiens, pour analyser si ces modifications du carnet de santé ont été bien accueillies et si elles ont eu un impact sur le suivi du développement psychomoteur des enfants.

c) L'interrogation des parents

Dans notre étude, une grande majorité de médecins (environ 82%) estime que **le questionnaire posé directement aux parents sur une éventuelle inquiétude concernant le développement psychomoteur de leur enfant est essentiel.**

Cette place considérable, réservée aux inquiétudes des parents, est retrouvée dans la littérature.

En effet, la HAS, dans son argumentaire, insiste sur « l'importance des questionnaires remplis par les parents, permettant d'aborder le sujet avec le médecin » (13).

L'AAP, dans ses recommandations en 2001, insiste également sur l'importance d'encourager les parents à exprimer leurs inquiétudes (36), tandis que G.Buisson, dans son guide méthodologique, (78), propose même de débiter systématiquement les consultations en interrogeant les parents sur ce sujet. Plusieurs études, dont celle de FP Glascoe, en 1995 (38), mettent en avant « la forte valeur prédictive positive des inquiétudes parentales concernant les troubles de développement de leur enfant, indépendamment de leur subjectivité, et de leur niveau socioculturel » (83).

C'est d'ailleurs « devant la constatation qu'il existe une réelle corrélation entre l'inquiétude parentale et la réalité d'un trouble du développement que de nouveaux repères chronologiques ont été édités dans la version du carnet de santé de 2006 » (17). Le but étant de « valoriser les observations faites par les parents et favoriser le dialogue avec les professionnels de santé ».

Malgré cela, nous pouvons nous demander si cela est suffisant. En effet, une étude d'évaluation de la version de 2006 du carnet de santé réalisée en 2012 (77) auprès de 300 familles montre que seulement 39 % des familles interrogées ont constaté la présence de ces repères chronologiques entre 0 et 2 ans. Le fait que ces repères soient inscrits à différents endroits du carnet de santé et peu mis en évidence explique peut-être ce résultat. Nous pouvons remarquer qu'il n'y a eu pourtant aucune modification dans la nouvelle version du carnet de santé de 2018 concernant ces repères donnés aux parents, que ce soit dans le fond ou dans la forme. (79)

Cependant comme nous l'avons déjà vu, quelques études montrent les limites des questionnaires parentaux, comme celle de Veldhuizen en 2014 (44), qui compare le questionnaire ASQ au test

de Bayley (Gold Standard), et trouve une sensibilité inférieure à ce test. Les auteurs concluaient que ce test était utile, mais mettaient en garde concernant un dépistage de masse en population générale en conseillant une utilisation prudente.

d) Le jugement clinique des médecins

Dans notre étude, nous avons souligné qu'**une place importante est consacrée aux expériences personnelles et/ou professionnelles des médecins** car 23,6 % d'entre eux ont répondu s'appuyer principalement sur elles pour évaluer le mieux possible le développement psychomoteur de leur patientèle pédiatrique.

En l'absence de différence statistiquement significative, nous avons pu mettre en évidence la tendance que les expériences personnelles et/ou professionnelles sont le support principal dans ce dépistage des médecins « les plus âgés ». En effet, cela concerne 29 % des médecins âgés de 60 ans et plus contre seulement 6,7 % des médecins âgés de moins de 40 ans.

Nous avons également pu mettre en avant, en l'absence de différence statistiquement significative, la tendance que les médecins qui sont parents utilisent d'avantage leurs expériences personnelles et/ou professionnelles comme un support dans ce dépistage que les médecins qui n'ont pas d'enfant (26 % contre 0%).

Plusieurs études montrent que cet outil n'est pas performant. En effet, selon P.Mackrides, « le jugement clinique seul identifierait seulement 45% des cas » (35). Comme nous l'avons déjà vu, Sand et al., conseillent l'utilisation d'échelles standardisées qui permettraient également, selon eux, de dépister un plus grand nombre d'enfants (71). Ceci est confirmé par l'étude d'Hix-Small (84), qui montre une sous-évaluation par le jugement clinique en comparaison de l'utilisation de tests spécifiques.

3.1.4. Difficultés matérielles et/ou organisationnelles

a) La place du jeu/espace dédié à l'enfant

Avoir dans son cabinet, un espace dédié (avec des tapis, jouets, etc.) pour que l'enfant puisse jouer et évoluer seul est recommandé pour évaluer le développement psychomoteur des enfants.

Selon M. Tardieu (85), le jeu est un « moyen de séduction permettant de gagner la confiance de l'enfant ». De plus, observer l'enfant évoluer seul dans le cabinet de consultation permet au praticien d'évaluer comment il interagit avec les personnes et/ou les objets. Ceci constitue une

première étape de l'évaluation de son développement psychomoteur. Enfin, nous pouvons souligner que l'observation par le jeu constitue la base de plusieurs tests de développement comme le Brunet-Lézine par exemple. Ainsi, comme le dit C. Vasilescu, "mettre l'enfant en situation de jeu paraît donc indispensable et complémentaire du discours parental." (86).

Dans notre étude, nous avons pu remarquer qu'**avoir un espace dédié à l'enfant dans le cabinet de consultation n'était pas forcément le cas de l'ensemble de notre population.** Seulement 56,5 % des médecins ont répondu en avoir un.

b) Matériel

Pour réaliser, de la meilleure manière possible, le suivi du développement psychomoteur des enfants, nous avons vu qu'il était recommandé d'utiliser des tests de dépistage spécifiques, notamment ceux nécessitant une évaluation par le clinicien car plus objectifs que les questionnaires parentaux.

Parmi eux, le test de Brunet-Lézine est mentionné dans le rapport de la HAS comme pouvant être « utilisé par les médecins en consultation de dépistage, après une formation spécifique » (13). A titre indicatif, ajouté au coût de la formation spécifique, nous avons vu que la mallette complète (matériel, le manuel, 25 feuilles de notation et 25 cahiers de passation) coûte environ 1400 euros, ce qui représente un frein à son acquisition.

Pour plus de la moitié des médecins de notre étude (53%) cette difficulté leur pose « toujours » problème ou « fréquemment » en consultation.

Un test de dépistage réalisable en consultation de médecine générale et peu coûteux est donc à développer.

c) Une cotation spécifique pour les consultations dédiées à ce suivi

Dans la continuité des difficultés matérielles et de coût que représente le suivi du développement psychomoteur des enfants pour les médecins généralistes, l'absence de cotation spécifique pour ce type de consultation, voire pour la passation de tests de dépistage, est un frein retrouvé dans différentes études.

Parmi elles, on retrouve celle de L.Sices étudiant les modalités de dépistage de retard de

développement psychomoteur par les médecins de premiers recours (72), celles de Sand et al. (71) ainsi que le travail de thèse d'E. Dutel (23). Ce manque de cotation est aussi déploré par G.Buisson dans son guide. (78)

Il est à noter cependant que depuis le 1^{er} novembre 2017, les consultations donnant lieu à des certificats obligatoires (du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois), relèvent d'une cotation spécifique « Consultation obligatoire de l'enfant (COE)» correspondant à 46 euros. Ces consultations bénéficient d'ailleurs d'une prise en charge à 100%, avec possibilité de tiers payant intégral, pour le patient au titre de l'assurance maternité.

Compte tenu du temps important à consacrer à un examen complet du développement psychomoteur chez un enfant, on pourrait émettre l'idée de la création d'une cotation spécifique valorisée pour ce type de consultation, à l'image de l'évaluation d'un trouble cognitif ou de l'utilisation de l'échelle de Hamilton dans le diagnostic de dépression. Cette cotation correspondrait à un contenu de consultation défini.

En revanche, contrairement aux deux exemples cités ci-dessus, la difficulté supplémentaire est que le dépistage du suivi du développement psychomoteur concerne chaque enfant et n'est pas forcément justifié par une circonstance précise (suspicion d'anomalie lors d'un examen systématique de l'enfant).

Dans notre étude, une valorisation de la cotation de la consultation dédiée au suivi du développement psychomoteur des enfants serait la mesure principale à mettre en place pour améliorer l'organisation de ce suivi, pour 16.5% des médecins.

Enfin, nous pouvons signaler également que la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé (6), établie le 26 janvier 2016, a modifié quelques aspects de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) avec notamment l'ajout d'une ROSP pédiatrique pour le médecin traitant de l'enfant. Celle-ci comporte « 10 indicateurs pour une valeur maximale de 305 points soit 2 135€. Les indicateurs retenus ont été choisis en fonction des enjeux de santé publique identifiés sur cette patientèle et investissent particulièrement le champ de la prévention (2 indicateurs sur le suivi des pathologies chroniques et 8 sur la prévention, dont 3 déclaratifs). » Même si cela est encourageant, nous pouvons néanmoins remarquer que les indicateurs de prévention ne concernent pas le suivi du développement psychomoteur des enfants en tant que tel. En effet, ces derniers sont plutôt concentrés sur la vaccination, le suivi bucco-dentaire, le dépistage de l'obésité, l'antibiorésistance, le dépistage des troubles sensoriels (auditifs et visuels)

et le dépistage des troubles des apprentissages. Ce dernier item concerne essentiellement le dépistage des troubles du langage, avec la déclaration de la part des patients de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre).

3.2. Difficultés lors de l'annonce

Annoncer aux parents le diagnostic ou la suspicion d'un trouble du développement psychomoteur d'un enfant peut être source de difficultés.

Certains freins à l'annonce d'un diagnostic ou d'une suspicion de troubles du développement psychomoteur de l'enfant, ont été mis en évidence dans la littérature, dont la peur d'une réaction négative de la part des parents.

En effet, dans son étude en 1993, F.P. Glascoe, (87), avait mis en évidence notamment le poids de l'annonce du retard avec les conséquences possibles sur le devenir de l'enfant, en particulier quand il s'agit du « médecin de famille » ("value-induced bias"). Ceci a été également exprimé dans le travail de thèse d'E. Dutel (23), où plusieurs médecins redoutaient d'être « les porteurs de mauvaise nouvelle ».

En 1997, l'étude de Stancin (88) présentait comme freins à l'annonce de la part des médecins, la peur de la stigmatisation de l'enfant présentant un retard, et le manque de formation, d'expérience, ou de temps pour prendre en charge les problèmes identifiés.

Le risque de stigmatisation, lié à cette annonce d'un trouble du développement, était également retrouvé en France, dans le rapport du Dr Sommelet en 2006 (89).

En 2002, au Royaume-Uni, une étude s'est intéressée aux schémas d'interaction médecin-parents lors de l'annonce d'un retard psychomoteur (90). En conclusion, elle soumet trois axes principaux à suivre pour réaliser cette annonce : « adopter une attitude bienveillante envers les parents », ("parent-friendly frame"), « ne pas se focaliser sur les troubles de l'enfant » ("defocusing the bad news"), et « avoir une approche porteuse d'espoir dans l'annonce » ("hopeful formulation").

Dans notre étude, **une majorité des médecins généralistes (67%) ont répondu ressentir « fréquemment » ou « toujours » comme une difficulté, l'incertitude liée à l'absence de**

diagnostic précis.

En revanche, une attitude non adaptée des parents ne semble pas être un problème auquel les médecins de notre étude doivent faire face dans ce type de consultation.

Lors de ce type d'annonce, peut se poser également la question de l'attitude à adopter de la part du médecin en fonction des attentes des parents.

Une étude qualitative américaine s'est intéressée aux attentes des parents concernant l'annonce d'un retard psychomoteur (24). Des « focus groups » ont été réalisés auprès de mères d'enfants concernées ou non, et de professionnels de santé. Le choix d'une annonce « non alarmiste » a été préféré par la plupart des mères, en particulier parmi celles dont les enfants ne présentaient pas de problème. En revanche, quelques parents, notamment parmi ceux dont les enfants présentaient un retard, auraient souhaité, au contraire, une annonce plus directe. Tous les parents ont souligné qu'ils souhaitaient être préparés à l'annonce, et que celle-ci soit réalisée lors de plusieurs consultations. Enfin, une attitude trop rassurante du médecin, a pu être reprochée par certains parents car ils avaient eu l'impression de ne pas être entendus. A noter, que tous les parents ont déclaré préférer, devant une suspicion de retard de développement, être inquiétés à tort plutôt que l'inverse.

Dans une autre étude, il a été retrouvé que la réassurance exprimée par les médecins pouvait être source de mauvaise interprétation par les parents, qui espéraient alors une amélioration spontanée (91).

Ces résultats montrent donc qu'il est important d'encourager de façon systématique les parents à exprimer leurs inquiétudes, comme cela est souligné dans le rapport de la HAS (13).

Dans le programme des études médicales, le module UE1 « apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle » présente l'item n°1 « la relation médecin-malade (...) » dans lequel figure notamment l'annonce d'une maladie grave. Nous pouvons également souligner et encourager la place de plus en plus importante, au sein de notre formation (depuis l'externat jusque dans le cadre de la formation continue), consacrée à la mise en pratique de situations cliniques sous forme de « scénettes » permettant de mieux se préparer à ce genre de difficultés par exemple.

Enfin, les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur les recommandations HAS de 2008 concernant « l'annonce d'une mauvaise nouvelle » (89). Le sujet y est abordé essentiellement en termes de comportement et de savoir-être. Son but est « d'apporter, à travers une série de questions source de réflexion, une aide aux professionnels qui souhaitent améliorer leurs pratiques sur ce thème ».

3.3. Difficultés concernant l'organisation du suivi et la suite de la prise en charge des enfants

3.3.1. Un suivi irrégulier car multiple

Dans notre système de santé, un enfant peut être suivi par plusieurs professionnels de santé (pédiatre, médecin de PMI, médecin généraliste, etc.). Nous pouvons penser que ce suivi multiple peut entraîner un suivi irrégulier dans le développement de l'enfant. En effet, si les différents praticiens sont amenés à voir en consultation l'enfant de façon discontinue, il semble difficile de pouvoir évaluer correctement son développement. La possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire n'est, bien entendu, pas remise en cause, mais il faut qu'elle soit réalisée dans un but de complémentarité et éviter le nomadisme médical.

Dans notre étude, **une grande majorité des médecins** (69%) ont répondu être « toujours » ou « fréquemment » **confrontés à cette difficulté**.

Comme nous l'avons vu en introduction de ce travail de thèse, la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé (6) établie le 26 janvier 2016, « permet notamment aux parents ou aux tuteurs d'un enfant de moins de 16 ans, de désigner, désormais, un médecin traitant pour leur enfant, qui pourra être un pédiatre ou un médecin généraliste (...)», visant « à affirmer le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi et la coordination du parcours de soins des enfants de 0 à 16 ans et d'améliorer leur suivi médical ».

A noter que selon le rapport du 25 avril 2018 réalisé par l'Assurance maladie (93), 2,2 millions d'enfants avaient un médecin traitant déclaré au 31 décembre 2017. Dans 88% des cas, il s'agit d'un médecin généraliste et dans 11% d'un pédiatre. Il sera intéressant d'analyser, dans quelques années, les apports de cette nouvelle loi santé.

Dans notre étude, seulement 4% des médecins ont considéré que la mise en place d'une déclaration obligatoire d'un médecin traitant pour chaque enfant était la mesure principale à

mettre en place pour améliorer l'organisation du suivi du développement psychomoteur.

On peut souligner que 13 % des praticiens ont plébiscité la mise en place d'un double suivi PMI - médecin généraliste systématique pour chaque patient pédiatrique.

3.3.2. Une conduite à tenir peu codifiée et hétérogène

Dans les recommandations de la HAS de 2005 (13), nous avons vu qu'en conclusion, il est proposé que « le médecin ayant réalisé l'acte de prévention puisse être prescripteur de bilans nécessaires ». Cependant, aucun bilan complémentaire ni aucun parcours de soin n'est précisément défini. En effet, hormis reprogrammer une nouvelle consultation pour évaluer l'évolution du développement de l'enfant, la suite de la prise en charge d'un enfant avec une suspicion de développement psychomoteur est peu codifiée.

Dans notre étude, nous avons pu retrouver cet aspect, avec **une attitude très variée des médecins généralistes concernant l'orientation et la suite de la prise en charge** d'un enfant dans ces cas là. Pour rappel, nous avons volontairement écarté les troubles neurosensoriels dans notre étude (car ils sont sujets à des tests de dépistages et une prise en charge spécialisée qui leurs sont propres), mais il est évident que devant un trouble du développement de l'enfant, il faut tester l'audition et la vision, et si besoin orienter vers un ORL ou un ophtalmologue, pour éliminer un trouble neurosensoriel.

Après avoir organisé une nouvelle consultation pour évaluer l'évolution de l'enfant (réalisé par plus de 72% des médecins de notre étude), l'attitude majoritairement adoptée est d'orienter l'enfant vers un pédiatre hospitalier (par 78% des médecins).

Ensuite nous avons pu remarquer que les propositions les plus retenues étaient une orientation vers un pédiatre libéral (53%) ou vers un orthophoniste (63%).

En revanche, l'orientation vers un neuropédiatre (hospitalier ou libéral) n'est seulement envisagée régulièrement que par 36% des praticiens. Cela peut potentiellement être expliqué en partie par le nombre plus restreint de neuropédiatres et donc une disponibilité plus étroite que leurs collègues pédiatres.

Ensuite, viennent les structures spécialisées, et notamment le CAMSP (vers qui 45.5% des

médecins orientent « fréquemment » les enfants) et le service et/ou un médecin de PMI (choisis par 36% des médecins). On remarque que les médecins de notre étude orientent moins fréquemment vers le CMPP et le CMP (respectivement 67 % et 73% ont déclaré ne le faire que rarement ou jamais).

Nous avons remarqué également que les médecins orientent plus fréquemment vers un kinésithérapeute en libéral (35%) que vers un psychomotricien en libéral (13%). Cela peut sans doute s'expliquer par deux hypothèses. La première, que nous avons déjà vue, est que le médecin généraliste peut se retrouver en difficulté lors d'une prescription d'un bilan psychomoteur. La seconde est le fait qu'un suivi en libéral par un psychomotricien n'est pas pris en charge par la sécurité sociale, contrairement à celui d'un kinésithérapeute. Cette différence peut influencer le praticien et/ou la famille à s'orienter vers une prise en charge par un kinésithérapeute plutôt que par un psychomotricien.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse que cette profession, assez nouvelle en France (le Diplôme d'Etat est reconnu depuis 1974), est assez méconnue par les médecins généralistes. Il serait intéressant d'étudier auprès de médecins généralistes quelles sont les raisons qui expliquent cette faible orientation vers les psychomotriciens en libéral.

Enfin, nous nous sommes rendu compte que les médecins généralistes prescrivaient peu de bilans biologiques ou d'examen complémentaires devant une suspicion d'anomalie du développement psychomoteur d'un enfant (respectivement 37% et 25.5%).

Par ce manque de précision sur la conduite à tenir dans ces situations, nous avons vu dans notre étude que **l'orientation et la suite de la prise en charge posent problème pour plus de la moitié des médecins (51%)**.

3.3.3. Des délais de prise en charge trop longs

Dans notre étude, cette difficulté a semblé être la plus éprouvée par les médecins généralistes. En effet, 88 % d'entre eux ont répondu rencontrer « toujours » ou « fréquemment » cette difficulté en consultation. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les différents types d'exercice des praticiens (ville, rural, semi-rural).

Cette difficulté a été mise en évidence dans d'autres études, comme dans le travail de thèse de C. Micoine (69) où les médecins généralistes évoquent « des délais de prise en charge par le CAMSP qui doivent être accessibles ».

Comme l'atteste le rapport d'activité des CAMSP de février 2017, réalisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), faisant la synthèse nationale des résultats de 2015 (94), « le délai pour une prise de rendez-vous par les parents sans orientation médicale est actuellement environ de trois à six mois. Les deux délais d'attente, avant le premier rendez-vous puis avant le premier soin, peuvent se cumuler pour certains enfants. La médiane indique que la moitié des CAMSP répondants peuvent donner un premier rendez-vous en deux mois et programmer une première intervention un mois et demi après le premier rendez-vous. (...) En moyenne il faut soixante et onze jours pour obtenir un premier rendez-vous et deux mois entre le premier rendez-vous et une première intervention » (soit environ 4 à 5 mois). « Si l'orientation est faite par un pédiatre ou un médecin généraliste, l'enfant sera généralement pris en charge plus rapidement. Si le médecin directeur technique constate que cette prise en charge ne peut s'effectuer au CAMSP par manque de place, il oriente l'enfant vers des professionnels libéraux ».

Deux facteurs peuvent expliquer cette problématique : le manque de moyens, et les difficultés d'orientation vers d'autres structures relais qui sont le plus souvent liées à l'engorgement de ces services.

Ce problème de délais d'attente est au cœur des réflexions pour améliorer le fonctionnement des CAMSP. En effet, depuis 2014, les CAMSP doivent utiliser un rapport d'activité harmonisé, qui permettra probablement d'optimiser le fonctionnement des CAMSP en France.

Malgré nos sollicitations, nous n'avons pas eu de réponse de la part des CAMSP de l'Aude, concernant les délais d'attente actuels.

Dans le rapport du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROM) établi par l'ARS Languedoc-Roussillon en mars 2012 (95), concernant la petite enfance, le constat était « une insuffisance du dépistage et de la prise en charge précoce, malgré un développement important de places de CAMSP, ainsi que des délais d'attente qui restaient trop longs et qui contribuaient à des pertes de chance dans le diagnostic précoce de handicap ». En effet, à cette époque, « le département de l'Aude comptait une population de 26 428 enfants âgés de 0-6 ans et une capacité de 85 places en CAMSP, soit un taux d'équipement de 3,22 ». Ainsi, il était le deuxième département de la région le mieux équipé derrière la Lozère. *(NB : le taux d'équipement*

correspond au nombre de places en CAMSP sur chaque territoire divisé par le nombre d'enfants de 0 à 6 ans habitant ce territoire et multiplié par 1000).

Ainsi, ce rapport déterminait comme objectifs, « d'améliorer la précocité du repérage, du diagnostic, et de la prise en charge du handicap chez les enfants, de veiller à une répartition homogène par territoire de santé des structures de dépistage, d'améliorer et de coordonner le réseau « Naitre et Grandir » avec les CAMSP, les services de PMI et les professionnels libéraux, de mettre en place un plateau technique mutualisé (CAMSP/CMPP) sur un site unique, et enfin de s'appuyer sur les nouvelles technologies (télémédecine) ».

Dans son rapport de mai 2017, concernant le parcours des personnes en situation de handicap (96), l'ARS Occitanie informe que « sur la période 2011-2017, plus de 1600 places ont été créées en région Occitanie, réparties à part égale entre le secteur enfants (plus particulièrement en ex-Midi-Pyrénées) et le secteur adultes (plus particulièrement en ex-Languedoc-Roussillon). Une part importante des places créées dans le champ de l'enfance handicapée concerne des places de SESSAD ». Pour le département de l'Aude, il est stipulé que « la couverture territoriale est satisfaisante sur le Carcassonnais, le Limouxin et le Narbonnais » mais qu'il persiste « une insuffisance de l'offre en secteur libéral et un taux de pauvreté élevé (classé 3e département en France en termes de proportion de personnes installées dans la pauvreté) ».

3.3.4. Le manque de coordination entre les différents acteurs

Dans notre étude, **une grande majorité des médecins (82%) ressent le manque de coordination entre les différents acteurs concernés par ce suivi comme une difficulté.**

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les différents types d'exercice des praticiens (milieu urbain, semi-rural ou rural).

Nous pouvons rappeler que dans notre étude, les médecins généralistes semblaient plutôt informés des fonctions et des objectifs des différentes structures, même si le CAMSP semblait être la moins commune.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les différentes classes d'âge de notre population, mais une légère tendance s'est dégagée de notre étude indiquant que les médecins âgés de moins de 40 ans estimaient être plus au clair avec les objectifs et les fonctions des différentes structures, que les médecins âgés de 60 ans et plus.

Concernant l'orientation des enfants présentant un trouble du développement psychomoteur, nous avons remarqué que les médecins généralistes de notre étude ne se tournent pas en priorité vers les différentes structures spécialisées, mais que la structure la plus plébiscitée est le CAMSP (vers qui seulement 49% des médecins orientent fréquemment ou systématiquement devant une suspicion de trouble du développement psychomoteur).

Etrangement, parmi les différentes structures spécialisées, les médecins de notre étude orientent plus fréquemment les enfants vers le CAMSP alors qu'elle est celle qu'ils estiment moins bien connaître.

Dans le rapport d'activité des CAMSP de février 2017, faisant la synthèse nationale des résultats 2015 (92), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) indique que les professionnels du secteur sanitaire sont à l'origine de la plupart des entrées au CAMSP, et notamment les médecins et paramédicaux libéraux qui sont la principale origine des entrées en CAMSP (21,5%). La part des médecins généralistes n'est cependant pas précisée.

Ce rapport décrit un partenariat des CAMSP « très développé, mais peu formalisé ». En effet, « c'est avec les maternités, les services de néonatalogie, les réseaux périnataux et les autres établissements et services médico-sociaux (ESMS) que le partenariat est le plus formalisé : c'est le cas pour un tiers des CAMSP ». Concernant le partenariat avec les professionnels de santé libéraux, « environ 30 % des CAMSP ont un partenariat formalisé ou en cours de formalisation, 45 % ont un partenariat non formalisé et environ 25 % n'ont pas de partenariat ou n'ont pas répondu à cette question ».

Dans notre étude, pour optimiser ce suivi, 29 % des médecins souhaiteraient une amélioration de l'organisation générale de la prise en charge du suivi du développement psychomoteur des enfants. La mesure principale qui permettrait cela est, pour 47 % des médecins interrogés, **l'établissement de liens plus étroits entre les différentes structures et/ou professionnels intervenant dans ce domaine.**

Ceci est également un objectif des recommandations de la HAS de 2005 (13). Le groupe de travail propose, en conclusion, « une coordination entre tous les professionnels de santé concernés par la santé de l'enfant ».

Le souhait de faciliter et de développer la communication, notamment téléphonique, ressort également de l'enquête réalisée dans les Côtes-d'Armor sur les liens entre le CAMSP et les

médecins généralistes (70).

Concernant la collaboration entre les médecins généralistes et les services de PMI dans la prise en charge de l'enfant de moins de 6 ans, une thèse réalisée en Gironde en 2014, a relevé que les relations entre ces deux acteurs étaient décrites la plupart du temps comme inexistantes (97).

Concernant la collaboration entre les médecins généralistes et les CMPP ou les CMP, nous n'avons pas trouvé d'autres renseignements. Il serait sans doute intéressant d'établir un travail autour de cette problématique.

Nous voyons donc que les médecins généralistes sont demandeurs pour développer un travail en réseau afin d'améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins.

A l'image des réseaux périnataux de suivi de grossesse, qui regroupent et mettent en relation différents professionnels autour de sujets concernant la périnatalogie, il existe également des réseaux périnataux de suivi des enfants prématurés ou vulnérables. Ces derniers interviennent dans le suivi et l'accompagnement à long terme de ces enfants et de leur entourage. Ils peuvent être composés de médecins (pédiatres libéraux ou hospitaliers, médecins généralistes, médecins de PMI, médecins de CAMSP, ...) et de professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues...), permettant une prise en charge multidisciplinaire adaptée, dès le dépistage d'éventuels retards de développement. En effet, afin de réaliser ce suivi et d'évaluer le développement des enfants, des consultations sont programmées à des dates régulières selon des protocoles précis, de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ou 7 ans.

Le réseau de santé de périnatalité « Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon » souhaite intégrer les médecins généralistes volontaires. Au préalable, une formation spécifique sur le suivi de ces enfants est nécessaire.

En 2009, une étude s'est intéressée à l'intégration des médecins généralistes au sein du réseau de santé périnatal d'Auvergne (98). Seulement un tiers des médecins ont déclaré connaître le réseau et une minorité d'entre eux s'estimait être informée de ses activités et des formations proposées. La méconnaissance de ces réseaux par les médecins généralistes ne semble pas être spécifique à la région d'Auvergne. C'est également ce que concluait le rapport Sommelet (89) sur l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité.

Enfin, dans ce réseau interprofessionnel, nous pouvons également nous demander quelles sont les relations établies entre les différentes structures ?

L'étude menée en février 2016, à la demande de l'ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (actuelle ARS Occitanie) (99) concernant le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants par les CAMSP, CMP et CMPP en Midi-Pyrénées, a permis de dégager plusieurs axes de travail. Parmi eux, on peut noter celui de « développer la connaissance mutuelle des acteurs, leur mise en réseau et la construction de parcours de prise en charge ». En effet, « un des constats qui peut être fait à l'issue de ce travail (...) est le niveau de connaissance assez limité des acteurs entre eux. Les rencontres entre les structures, que ce soit au niveau de l'encadrement ou bien des équipes elles-mêmes sont rares, voire inexistantes. Les contacts se nouent, le plus souvent au niveau individuel, par connaissance construite lors des parcours de formation ou dans des pratiques professionnelles antérieures ». Ainsi, est également précisé que, lié à ce défaut de connaissance mutuelle entre les structures et les équipes, les transitions de l'une à l'autre, peuvent devenir compliquées.

Néanmoins, ce constat peut être modéré par le fait que, régulièrement, certains professionnels peuvent travailler dans différentes structures (exemple : assurer des consultations au CMP et au CAMSP). De plus, aujourd'hui, il existe une réelle prise de conscience de cette méconnaissance mutuelle et de ce manque de travail en réseaux.

Nous pouvons signaler également, que dans le domaine de la petite enfance, il existe plusieurs lieux qui permettent la mise en relation entre les différents acteurs. En effet, les staffs hospitaliers, notamment en services de pédiatrie ou de maternité, permettent de réunir des professionnels hospitaliers, libéraux ou de PMI, du CAMSP ou du CMP. Les centres d'évaluations et les centres de compétences, comme par exemple les centres de compétences sur les troubles de l'apprentissage dans certains hôpitaux, peuvent également développer les relations entre professionnels, réunissant les CMP et les CMPP. Enfin, il existe également les réseaux périnataux comme « Naitre et Grandit en Languedoc-Roussillon ».

La mise en place de ces lieux ou de ces opportunités de rencontres et d'échanges, est à favoriser : formations communes, réunions « passerelles » pour préparer les transitions d'un dispositif à un autre, études de cas et reprises de cas, analyse des pratiques...

L'étude menée à la demande de l'ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (actuelle ARS

Occitanie) (99) indique que « la mise en place de ces rencontres, sur une base régulière, est un préalable indispensable à la mise en réseau, de façon formelle ou non, des professionnels entre eux, pour permettre une prise en charge coordonnée répondant aux besoins des enfants et des adolescents et de leurs familles ».

Un autre axe de travail de cette étude, que l'on peut souligner, est celui « de travailler le positionnement des différentes structures entre elles et par rapport à l'offre libérale (...), de clarifier le positionnement des structures entre elles au sein d'un même territoire en identifiant les spécificités de chacune dans la réponse aux besoins (en termes de public, de modalités de prise en charge et d'approche théorique) ». En effet, selon cette étude, « informer les professionnels pouvant adresser des enfants, permettrait d'améliorer leur orientation en évitant des effets « ping-pong » entre les structures et des délais d'attente parfois très longs entre chaque premier entretien ».

Enfin, le rapport du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROM) établi par l'ARS Languedoc-Roussillon en mars 2012 concernant la petite enfance (93), déterminait ainsi comme objectifs « d'améliorer la précocité du repérage, du diagnostic, et de la prise en charge du handicap chez les enfants, de veiller à une répartition homogène par territoire de santé des structures de dépistage, d'améliorer et coordonner le réseau « Naitre et Grandir » avec les CAMSP, les services de PMI et les professionnels libéraux, de mettre en place un plateau technique mutualisé (CAMSP/CMPP) sur un site unique, et enfin de s'appuyer sur les nouvelles technologies (télémédecine) ».

III/ Les perspectives envisagées pour continuer à améliorer le suivi du développement psychomoteur des enfants

Le développement de l'enfant, dans sa globalité, est un domaine de santé publique qui a fait des progrès importants en matière d'évaluation et de prévention depuis plusieurs années. Il semble cependant nécessaire d'encourager la poursuite des travaux, notamment dans le domaine du développement psychomoteur.

1) Etudes en cours

Deux études de santé publique de grande envergure sont actuellement en cours en France et devraient permettre d'aborder la santé de l'enfant dans sa globalité dans les années à venir :

- L'étude ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) (98), est la première étude longitudinale française qui a inclus environ 20000 enfants, nés en France métropolitaine en 2011 (ce qui représente 1 enfant sur 50 parmi la génération 2011). L'objectif général de cette cohorte est de « suivre ces enfants et leurs familles pendant 20 ans afin d'étudier comment l'environnement influence le développement, la santé et la socialisation des enfants ». L'ensemble de ces différents facteurs familiaux et socioculturels seront ensuite étudiés en rapport avec le retentissement sur le développement physique et psychique de l'enfant par l'INED (Institut National Démographique) et l'INSERM (Institut National pour la Santé et la Recherche Médicale).

- L'étude EPIPAGE 2 « Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels : effet de l'organisation des soins et des pratiques médicales sur la santé et le développement des enfants prématurés » (101). Cette étude a été lancée le 28 mars 2011 et concernent les enfants nés avant 35 semaines d'aménorrhée, répartis en trois groupes (très grands prématurés, grands prématurés et modérément prématurés). Ces enfants seront suivis de la naissance jusqu'à l'âge de 12 ans. Les objectifs de cette étude « sont notamment de mieux connaître le devenir des enfants prématurés et de leur famille, d'évaluer les effets de l'organisation des soins et des pratiques médicales sur la santé et le développement des enfants prématurés, de définir les besoins de prise en charge spécifiques pendant l'enfance, de mieux connaître les parcours des familles, d'améliorer les connaissances sur les causes de la prématurité, de mieux connaître les conséquences de la prématurité et d'appréhender les questions éthiques posées par la prise en charge des enfants extrêmement prématurés au moment de la naissance et dans les services

de soins intensifs. »

L'étude Epipage 2 fait suite à l'étude Epipage 1, menée sur l'ensemble des enfants nés grands prématurés dans neuf régions de France en 1997, par la même équipe de recherche, qui avait permis d'établir de nouvelles connaissances sur les causes de la grande prématurité et de ses conséquences, ainsi que sur le bénéfice de certains traitements. Aujourd'hui, les enfants prématurés sont plus nombreux, leur survie s'est améliorée et les pratiques en obstétrique et en néonatalogie ont évolué.

Ces études, concentrées sur ces enfants, permettront ainsi d'apporter des données intéressantes sur leur devenir à long terme.

2) Loi santé

Comme nous l'avons vu, la loi de modernisation de notre système de santé (6) a mis en place de nouvelles mesures comme la déclaration possible d'un médecin traitant pour les enfants âgés de moins de 16 ans ainsi qu'une création d'une ROSP pédiatrique pour ces médecins traitants, ou encore la valorisation de la cotation des consultations pour la réalisation des certificats obligatoires des nourrissons (au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois). Il sera sans doute intéressant d'étudier dans quelques années les apports de ces mesures sur le suivi du développement psychomoteur des enfants.

Dans la continuité de ces mesures, nous pouvons proposer la mise en place d'une revalorisation de la cotation de l'ensemble des consultations dédiées au développement psychomoteur des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, ou l'intégration d'items plus concentrés sur le développement psychomoteur des enfants parmi les items dédiés à la prévention de l'actuelle ROSP pédiatrique.

3) Les réseaux périnataux

« Naître et Grandir en LR » : (100)

Le réseau « Grandir en Languedoc-Roussillon (GLR) » (99) a été créé en 2010 au sein de l'association « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon (NGLR) ». C'est un réseau périnatal qui « propose un suivi prolongé pour les enfants vulnérables de la région, nés prématurément et/ou avec une pathologie périnatale ».

Dans la continuité du réseau « Naître en Languedoc-Roussillon », qui met en relation

différents professionnels depuis la grossesse jusqu'à la naissance de l'enfant, « Grandir en Languedoc-Roussillon » intervient dans le suivi médical à long terme des enfants prématurés ou vulnérables et de leur entourage. Il regroupe une équipe pluridisciplinaire, composée de différents professionnels formés et sensibilisés au développement de l'enfant, qui va, au fil du suivi, dépister les éventuels retards de développement et orienter rapidement les enfants vers une prise en charge adaptée.

L'objectif du réseau « Grandir en Languedoc-Roussillon » est « d'optimiser le développement des enfants vulnérables en organisant de façon cohérente le suivi post-natal et en favorisant l'accès à une prise en charge précoce des incapacités ou des limitations motrices, sensorielles ou du développement. Ce suivi doit permettre de diminuer les conséquences des déficiences, de limiter le handicap secondaire et d'éviter une errance médicale accompagnée souvent d'un sentiment d'abandon des parents. Cet objectif s'inscrit dans les dispositions du Plan Périnatalité 2005-2007 et du cahier des charges nationales des réseaux en périnatalité. »

Le réseau a pour missions :

- « d'assurer la prise en charge continue de l'enfant à proximité de son domicile, dans sa globalité physique et psychique notamment en recensant et en développant l'offre de soin
- de favoriser la coopération et le partage d'informations entre les professionnels impliqués dans le suivi de l'enfant en développant des outils spécifiques (comme le cahier de suivi de l'enfant) et des actions de terrain
- d'améliorer les pratiques professionnelles en proposant des formations
- d'assurer un accompagnement parental via des contacts réguliers au cours du suivi, l'organisation de rencontres, la diffusion d'informations sur le développement de l'enfant
- de développer les connaissances sur le devenir des enfants vulnérables pour permettre une évaluation à long terme de la politique périnatale en colligeant les données du suivi médical. »

A noter que l'équivalent de ce réseau dans l'ex-région Midi-Pyrénées est le réseau « P'titMip » (101).

- Association : « Les Pâtes aux beurre » de Narbonne

L'association « PPSP (Prévention et Promotion de la Santé Psychique) – Les Pâtes au Beurre » est une association créée en 1999, à Nantes, par Sophie Marinopoulos, psychologue, psychanalyste, spécialisée dans les questions de l'enfance et de la famille. (102)

C'est une association à but non-lucratif qui est reconnue d'intérêt général. Elle est indépendante et à vocation nationale et internationale. Son objectif est « de remettre le lien parents/enfants au cœur des préoccupations de santé, pour contribuer à l'équilibre familial et favoriser la qualité de vie de chaque foyer. »

« Les Pâtes aux beurre » est un lieu d'accueil pour les familles, gratuit, anonyme et sans rendez-vous. Les familles peuvent venir avec ou sans leurs enfants et ce, quel que soit leur âge.

L'équipe accueillante est toujours composée de deux professionnels par permanence (psychiatre, psychomotricien, psychologue), dont un psychologue.

Plusieurs antennes sont ouvertes en France, dont une récemment à Narbonne.

Nous trouvons que cela peut être utile aux praticiens de connaître ce lieu afin d'en informer les familles en consultation, notamment celles en demande de soutien, d'écoute ou d'informations autour de sujets concernant la parentalité. Cela peut être le cas par exemple, lorsque les délais pour avoir un rendez-vous dans une structure spécialisée pour un enfant présentant des troubles du développement sont très longs. Cette attente est souvent vécue difficilement par les familles avec un sentiment d'abandon.

4) Le parcours de soins

En 2001, aux Etats-Unis, des propositions, concernant le dépistage et la prise en charge des enfants présentant une suspicion de retard du développement psychomoteur, ont été établies par le Comité on children with disabilities (36), dont certaines seraient éventuellement transposables au système de soin français, comme par exemple :

- « Maintenir à jour ses connaissances concernant le développement psychomoteur et les techniques de dépistage
- Acquérir des compétences pour la réalisation et l'interprétation de tests de dépistage

validés

- Réaliser un dépistage organisé lors des visites de soins primaires, en tenant compte des facteurs de risques socio-environnementaux, et des antécédents de l'enfant
- Prendre en compte les observations parentales
- Reconnaître les troubles de l'interaction parents-enfant
- Réaliser un dépistage systématique des enfants lors de consultations prévues à cet effet, et être conscient de la nécessité que les tests doivent être adaptés à la population
- Présenter les résultats des tests aux parents, avec une approche centrée sur la famille
- Tester la vision et l'audition pour éliminer un déficit sensoriel
- Déterminer la cause du retard ou orienter vers le spécialiste approprié
- Orienter l'enfant dans des délais acceptables pour une prise en charge adaptée
- Informer les parents au sujet des troubles du développement psychomoteur et des ressources possibles, en mettant à leur disposition des documents d'information
- Etre disponible pour expliciter à la famille les résultats des consultations spécialisées ».

En s'appuyant sur ces données, un modèle de conduite à tenir et de prise en charge, concernant le suivi du développement psychomoteur d'un enfant âgé de moins de 6 ans, peut être schématisé comme sur la figure ci-dessous (Figure 1) :

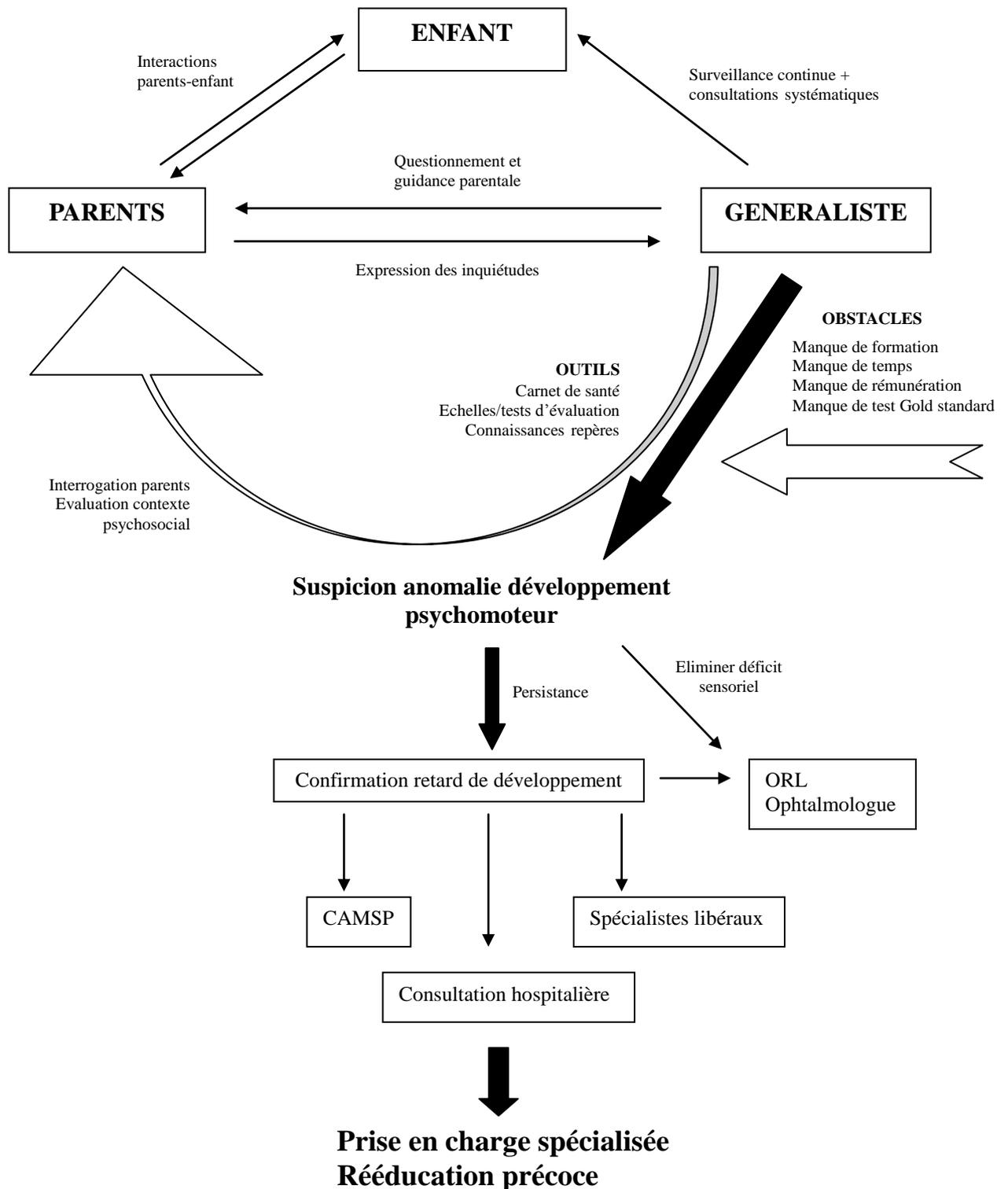


Figure 1 : Un modèle de prise en charge et de conduite à tenir proposé, concernant le suivi du développement psychomoteur d'un enfant âgé de moins de 6 ans

CONCLUSION

En France, très peu d'études ont été réalisées sur le développement psychomoteur des enfants et notamment à propos des pratiques des médecins généralistes concernant ce suivi.

Nous avons réalisé une étude quantitative, par questionnaire auto-administré, auprès de 61 médecins généralistes installés dans le département de l'Aude. Nous avons interrogé ces praticiens sur leurs connaissances et leurs pratiques concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants âgés de 0 à 6 ans, ainsi que sur d'éventuelles difficultés rencontrées. Cette étude a mis en évidence que les médecins généralistes considèrent qu'ils occupent une place importante dans ce suivi mais que leurs pratiques sont très diverses et qu'ils sont confrontés à plusieurs difficultés.

Les premières difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernent l'étape du dépistage. En effet, nous avons pu souligner que les médecins n'utilisent pas de tests standardisés en pratique quotidienne. Ceci est sans doute expliqué par le fait, que la plupart d'entre eux, ne connaissent pas ces outils, ou qu'ils les considèrent non adaptés à une consultation de médecine générale. Ensuite, les médecins généralistes déplorent le manque de temps à consacrer au dépistage et à ces consultations dédiées souvent longues. De plus, il n'existe aucune cotation spécifique pour ce type de consultation ou pour la réalisation d'un des tests standardisés. N'utilisant aucun test spécifique, les praticiens ont déclaré se reposer principalement sur le carnet de santé de l'enfant ainsi que sur leurs expériences personnelles et/ou professionnelles, subjectives et pas toujours fiables. Ainsi, il est très difficile de parvenir à une certitude diagnostique. En effet, dans ce domaine, le praticien, après avoir observé plusieurs symptômes persistant au fil des consultations, dépistera le plus souvent, une suspicion de retard de développement. Cette incertitude diagnostique nous amène aux prochaines difficultés.

Les difficultés suivantes sont celles rencontrées lors de l'annonce aux parents. En effet, comme toute annonce d'un diagnostic d'une maladie potentiellement grave, celle concernant un enfant n'est jamais simple pour le praticien. Dans ce domaine, les médecins généralistes ont souligné que l'incertitude diagnostique, souvent rencontrée comme nous l'avons vu devant une suspicion de retard de développement psychomoteur, accentue la difficulté de l'annonce. Or, le retard de l'annonce peut entraîner un retard de diagnostic et donc un retard de prise en charge.

Enfin, les dernières difficultés concernent l'organisation de la prise en charge spécialisée. Les médecins interrogés mettent en avant les délais de prise en charge trop longs, l'absence de travail en réseau ainsi qu'une méconnaissance des structures spécialisées.

Pour aider les praticiens à faire face à ces difficultés, certaines propositions et pistes de soutien

méritent d'être développées.

Tout d'abord, concernant le dépistage des retards de développement en lui-même, il apparaît primordial que soit rapidement mis en place un test standardisé, utilisable en pratique quotidienne et prenant en compte les interrogations des parents.

La formation des médecins généralistes, concernant ce domaine, par l'intermédiaire de la formation médicale continue (FMC), de conférences ou par des structures comme le CAMSP et les CMP sont souhaitées et à encourager.

Une cotation spécifique pourrait être également envisagée pour les consultations dédiées au dépistage des retards de développement psychomoteur ou pour l'utilisation de tests standardisés, ainsi que l'ajout d'items consacrés au développement psychomoteur des enfants dans la ROSP pédiatrique.

Enfin, en ce qui concerne l'organisation de la prise en charge de ces enfants, la réduction des délais de prise en charge est un des objectifs du projet régional de santé de l'ARS Occitanie, en facilitant notamment l'accès aux CAMSP. La diffusion de leurs rôles et de leurs missions aux professionnels de santé libéraux, ainsi que l'amélioration du travail en réseau entre les différents professionnels, sont des objectifs des CAMSP et semblent primordiaux. Le développement des réseaux comme les réseaux périnataux est également à encourager.

En conclusion, en s'inspirant des recommandations américaines, nous pouvons envisager que soit mise en place « une surveillance continue » des enfants, associée à « un dépistage ciblé » aux âges clés et en cas de facteur de risque particulier, avec réalisation de tests standardisés prenant en compte les interrogations parentales. Enfin, il apparaît essentiel qu'un travail en réseau soit bien défini et instauré entre les différents professionnels et les différentes structures spécialisées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Pyramide des âges en 2018 en France et France métropolitaine [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3312958>
2. BOHL I. Santé de l'enfant et de l'adolescent : prises en charge. Conseil national de L'Ordre des médecins; 2011.
3. OMS | Santé mentale [Internet]. WHO. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/mental_health/fr/
4. FRANC C, LE VAILLANT M, ROSMAN S, PELLETIER-FLEURY N. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale. DRESS; 2007.
5. legifrance.gouv. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
6. legifrance.gouv. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pourquoi la loi de modernisation du système de santé ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/elaboration-de-la-loi-de-sante/article/pourquoi-la-loi-de-sante>
8. Lamarque C. La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans en France. Point de conjoncture. CNAMTS; 2002.
9. Ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile (JO du 5 novembre 1945).
10. Loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire des certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs (J.O. 17 juillet 1970).
11. Collet M, Vilain A. Le deuxième certificat de santé de l'enfant [certificat au 9ème mois (CS9)]-2012. Document de travail, série Sources et Méthodes. DRESS; 2014.
12. Collet M, Vilain A. Le troisième certificat de santé de l'enfant [certificat au 24ème mois (CS24)]- Validité 2012. Document de travail, Série Sources et Méthodes. DRESS; 2014.
13. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Service des recommandations professionnelles; 2005.
14. Institut national de la santé et de la recherche Médicale. Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Expertise collective. Paris. 2004.
15. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Prise en charge des déficiences de l'enfant en médecine générale. 2004.
16. M Roussey (CHU de Rennes), S. Peudener (CHU de Brest), O. Kremp (Université Catholique de Lille), Collège des enseignants de pédiatrie. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques [Internet]. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/pediatrie-polycopie-developpement->

psychomoteur-aspects-normaux.pdf

17. Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant. Guide à l'usage des professionnels de santé. Direction générale de la santé; 2006.
18. solidarité-sante.gouv. Guide pratique : dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_de_l_audition_chez_l_enfant.pdf
19. solidarité-sante.gouv. Guide Pratique : dépistage des troubles visuels chez l'enfant [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf
20. King TM, Tandon SD, Macias MM, Healy JA, Duncan PM, Swigonski NL, et al. Implementing Developmental Screening and Referrals: Lessons Learned From a National Project. *Pediatrics*. 1 févr 2010;125(2):350- 60.
21. Brun A. Inventaire des outils standardisés de dépistage des anomalies du développement psychomoteur des enfants de moins de cinq ans: enquête descriptive auprès des médecins généralistes du Languedoc Roussillon [[Thèse d'exercice]]. [[France]]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.
22. Periodic Survey #46 Barriers to the Provision of Developmental Assessments During Pediatric Health Supervision [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: https://www.aap.org/en-us/professional-resources/Research/Pages/PS46_BarrierstotheProvisionofDevelopmentalAssessmentsDuringPediatricHealthSupervision.aspx
23. Dutel E. Attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur chez l'enfant : Etude qualitative auprès de 12 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. Claude Bernard Lyon 1; 2015.
24. Sices L, Egbert L, Mercer MB. Sugar-coaters and Straight Talkers: Communicating About Developmental Delays in Primary Care. *Pediatrics*. oct 2009;124(4):e705- 13.
25. Lion François L, Des Portes V. Les grandes étapes du développement psychomoteur entre 0 et 3 ans. *Revue du praticien*; 2004.
26. Collège des enseignants de pédiatrie, photocopié national. Item 32 M03. 2010. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant: aspects normaux et pathologiques.
27. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. Carnet de santé. Modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006.
28. Echelle de Denver.
29. Echelle de Brunet-Lézine révisée.
30. Pédiadoc.fr _ Le suivi des enfants de 0 à 6 ans.
31. Ministère des affaires sociales et de la santé. Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10 Version:2008) [Internet]. 2008 [cité 31 oct 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F80->

32. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (5e éd.). American Psychiatric Association; 2013.
33. R. Misès, N. Quemada, M. Botbol, Cl. Bursztejn, B. Durand, J. Garrabé,, B. Golse, Ph. Jeammet, A. Plantade, Ch. Portelli, J.P. Thevenot. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent révisée. 2012.
34. Francoeur E, Ghosh S, Reynolds K, Robins R. An International Journey in Search of Diagnostic Clarity: Early Developmental Impairment. *J Dev Behav Pediatr.* mai 2010;31(4).
35. Mackrides PS, Ryherd SJ. Screening for Developmental Delay. *Am Fam Physician.* 1 sept 2011;84(5):544- 9.
36. Committe on Children With Disabilities. Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children. *Pediatrics*;
37. Larroque B, Ancel P-Y, Marret S, Marchand L, André M, Arnaud C, et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *The Lancet.* 2008;371(9615):813–20;
38. Glascoe FP. Parents' Evaluation of Developmental Status: How Well Do Parents' Concerns Identify Children With Behavioral and Emotional Problems ? *Clin Pediatr (Phila).* mars 2003;
39. Disabilities C on CW, Pediatrics S on DB, Committee BFS, Committee MHI for CWSNPA. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics.* 1 juill 2006;118(1):405- 20.
40. Bayley, N. Bayley scales of infant and toddler development third edition administration manual. Pearson; 2006.
41. Bayley, N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development third edition technical manual. Pearson; 2006.
42. Verrez Alice. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricienne : Echelle de Bayley et de Brunet-Lézine : évaluation comparative des acquisitions motrices chez le nourrisson - université Paul Sabatier Toulouse III. 2014.
43. Portail Enfance et Familles. Ages & Stages Questionnaires-3e édition : fiche descriptive outil d'évaluation pédiatrique. Université de Montréal; 2014.
44. Veldhuizen S, Clinton J, Rodriguez C, Wade TJ, Cairney J. Concurrent validity of the Ages And Stages Questionnaires and Bayley Developmental Scales in a general population sample. *Acad Pediatr.* avr 2015;15(2):231- 7.
45. Portail Enfance et Familles. Parents'Evaluation of Developmental Status : fiche descriptive outil d'évaluation pédiatrique. Université de Montréal; 2015.
46. Trudeau Natacha et collaborateurs. Les Inventaires MacArthurBates du développement de la communication_Manuel technique et guide de l'utilisateur. Université de Montréal; 2008.

47. Vaivre-Douret L. Une nouvelle échelle française d'évaluation du développement moteur du jeune enfant (0-4 ans) : repères pour la clinique et la recherche, Summary. Devenir. 2003;15(2):179- 89.
48. La Protection Maternelle et Infantile (P.M.I) dans l'Aude - Département de l'Aude [Internet]. [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.aude.fr/223-protection-maternelle-infantile-pmi.htm>
49. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. La protection maternelle et infantile : Organisation et missions. 2011.
50. solidarite-sante.gouv. présentation PMI.
51. DRESS. La protection maternelle et infantile (PMI) - La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
52. Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : Tous les établissements de type Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) [Internet]. 2001Jul 1 [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/centre-action-medico-sociale-precoce---c-a-m-s-p---190.html>
53. Décret n° 76-389 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux par l'annexe XXXII bis concernant les conditions techniques d'agrément des centres d'action médico-sociale précoce (J.O. 4 mai 1976)).
54. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002.
55. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
56. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux. Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2015.
57. Décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux. 63-146 févr 18, 1963.
58. Circulaire n° 35 bis SS du 16 avril 1964 relative aux modalités de financement des centres médico-psychopédagogiques répondant aux exigences posées par l'annexe XXXII au décret du 9 mars 1956.
59. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées [Internet]. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: <http://handicap.gouv.fr/>
60. Les CMP et CMPP [Internet]. Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/structures-medicales-et-medico->

61. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France.
62. Ramey CT, Ramey SL. Early Intervention and Early Experience. *Am Psychol.* 1998;12.
63. Egnor D. Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1996: Overview of the U.S. Senate Bill (S. 1578). *Focus Autism Dev Disabil.* nov 1996;11(4):194- 206.
64. Glascoe FP. Early Detection of Developmental and Behavioral Problems. *Pediatr Rev.* 1 août 2000;21(8):272- 80.
65. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
66. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
67. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
68. 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. 2010.
69. Micoine C. Évaluation d'une fiche réflexe pour l'examen du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans par des médecins généralistes de la Dordogne sous la coordination du Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP). 14 nov 2016;74.
70. Buffereau C. Enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Côtes d'Armor sur leurs liens avec le CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) polyvalent « Horizons » de Saint-Brieuc [[Thèse d'exercice]]. Rennes, Université 1; 2014.
71. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP, Gupta VB, Tonniges TP, O'Connor KG. Pediatricians' Reported Practices Regarding Developmental Screening: Do Guidelines Work? Do They Help? 2005.
72. Sices L, Feudtner C, McLaughlin J, Drotar D, Williams M. How Do Primary Care Physicians Manage Children With Possible Developmental Delays? A National Survey With an Experimental Design. 2004.
73. 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 d'exercice]]. Université de Toulouse III Paul Sabatier, faculté de médecine de Rangueil; 2016.
74. Inserm. Déficiences intellectuelles. 2016. (Expertise collective).
75. Viollet E. Dépistage des anomalies de l'examen psychomoteur de l'enfant entre 28 jours et 6 ans par le médecin généraliste. [[Thèse d'exercice]]. Université d'Aix-Marseille 2; 2009.
76. COTASSON É. Évaluation de la dernière version datant de 2005 du carnet de santé des enfants par des médecins généralistes parisiens. [Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]. Paris. Université Paris-Diderot 7; 2010. Université Paris-Diderot 7;

2010.

77. Duburq A, Courouve L, Vanhaverneke N. Évaluation du carnet de santé N°CERFA 12593*01 (Modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006) : Évaluation réalisée pour la Direction Générale de la Santé. 2012.
78. Buisson G. Guide méthodologique, Protocole d'examens systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois. 2007.
79. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. Carnet de santé. Modèle en vigueur depuis le 1er avril 2018.
80. HCSP. Carnet de santé de l'enfant. Recommandations d'actualisation [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mai [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=569>
81. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les nouveaux modèles du carnet de santé et des certificats de santé de l'enfant en vigueur à partir du 1er avril 2018 Document à l'usage des professionnels de santé.
82. Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme, Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2018.
83. Rydz D, Srour M, Oskoui M, Marget N, Shiller M, Birnbaum R, et al. Screening for Developmental Delay in the Setting of a Community Pediatric Clinic: A Prospective Assessment of Parent-Report Questionnaires. 2006.
84. Hix-Small H, Marks K, Squires J, Nickel R. Impact of Implementing Developmental Screening at 12 and 24 Months in a Pediatric Practice. 2007.
85. Tardieu M, Graindorge C. Dépistage des troubles psychomoteurs. 2005.
86. 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. 2013.
87. Glascoe FP, Dworkin PH. Obstacles to Effective Developmental Surveillance: Errors in Clinical Reasoning. 1993.
88. Stancin T, Palermo TM. A review of behavioral screening practices in pediatric settings: do they pass the test? 1997.
89. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. Arch Pédiatrie. août 2007;14(8):1011- 9.
90. Bartolo P.A. Communicating a diagnosis of developmental disability to parents: multiprofessional negotiation frameworks. 2002.
91. Jimenez ME, Barg FK, Guevara JP, Gerdes M, Fiks AG. Barriers to Evaluation for Early Intervention Services: Parent and Early Intervention Employee Perspectives. 2012.
92. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle - Recommandations.
93. Caisse nationale de l'assurance maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique en

- 2018, Bilan à un an du nouveau dispositif, Dossier de presse. 2018.
94. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport d'activité des CAMSP - Synthèse nationale des résultats 2015. 2017.
 95. ARS Languedoc-Roussillon. Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale dans le Languedoc Roussillon. 2012.
 96. Agence Régionale de Santé Occitanie. Travaux préparatoires au PRS Occitanie Bilan et perspectives Parcours Personnes en situation de handicap. 2017.
 97. Dufour L. Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de 6 ans : enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde [[Thèse de doctorat en médecine, spécialité médecine générale]]. Université Bordeaux 2-Victor Ségalen; 2014.
 98. Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, Gerbaud L, Lémery D. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. 2009.
 99. Ledésert B, Mari C. Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Midi-Pyrénées Synthèse. ARS Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées; 2016.
 100. Inserm. Présentation générale de l'étude Elfe.
 101. Inserm. Présentation générale de l'étude Epipage 2 [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/>
 102. Grandir en Languedoc Roussillon [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.nglr.fr/accueil-reseau-grandir>
 103. P'titMip | [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ptitmip.fr/>
 104. Les pâtes au beurre – prévention promotion santé psychique [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.lespatesaubeurre.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Test de Denver

Annexe 2 : Echelle de Brunet-Lézine révisée

Annexe 3 : Description de la mallette de dépistage pour le test de Brunet-Lézine révisé

Annexe 4 : Exemple de questionnaire ASQ3 à 24 mois

Annexe 5 : Exemple de questionnaire PEDS

Annexe 6 : Exemple de représentation graphique des acquisitions posturo-motrices et locomotrices au cours de la première année (Vaivre-Douret 1999) : feuille de profil

Annexe 7 : Test simplifié de Gesell

Annexe 8 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes installés de l'Aude au cours de ce travail de thèse

Annexe 2 : Echelle de Brunet-Lézine révisée

Données extraites de l'Echelle de Brunet - Lézine Révisée		33	76	Fait sonner la clochette	87			
				Attire l'anneau vers lui à l'aide de la ficelle	87			
		33	55	(Q) : joue à frapper deux objets	87			
		26	51	Saisit la pastille avec participation du pouce	96			
				Examine la clochette avec intérêt				
		39	63	Cherche la cuiller tombée : notion de permanence de l'objet (96)				
			54	90	Saisit deux cubes, un dans chaque main			
		19		70	Soulève par l'anse la tasse retournée (cube caché)			
		37		63	Saisit la pastille en ratisant (90)			
		11		74	Tient deux cubes et regarde le 3 ^e (86)			
		4		41	Saisit dans sa paume le cube posé sur la table (100)			
		8		59	Saisit d'une main l'anneau balancé devant lui (93)			
		12			Tend la main jusqu'au hochet tenu à distance (98)			
		9	55	89	Tient un cube dans sa main et regarde le 2 ^e			
		0	36		Saisit un cube au contact (83)			
		11	68	83	100			
Coordination					D : soutenu, fait des pas			
					D : tient debout / appui			
		24			A/V : mouvements nets de déplacement			
					Regarde la pastille et la suit des yeux			
				89	53	84	A : assis sans soutien, enlève la serviette	
					C : joue avec ses mains, les examine			
					C : tient fermement le hochet mis en main			
					Regarde le cube posé sur la table			
					Tourne la tête pour suivre un objet			
					C : suit des yeux l'anneau sur 180°			
					Suit des yeux une personne qui bouge			
					41	49	76	C : se retourne du dos sur le ventre (89)
					39			V : enlève la serviette posée sur sa tête
					54	67		C : porte ses pieds à la bouche
								V : se hisse / genoux, poussé avec les bras
					61	73		A : assis avec soutien, enlève la serviette
					43	82		A : tient assis brièvement sans soutien (94)
					80			C : se met en position assise ou tiré-assis 90
					15	31	83	C : prend ses pieds dans ses mains
					27	44	80	C : se débarrasse de la serviette
								D : tenu sous les bras, « stade du sauteur »
Posture								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 : s'appuie sur ses avant-bras
								A : tient la tête droite sans osciller (94)
					80			C : Se retourne côté → dos
								C : retient la tête droite au tiré-assis
								V : soulève tête + épaules

EXAMEN 4^{ème} MOIS

Saisit un objet qui lui est tendu »

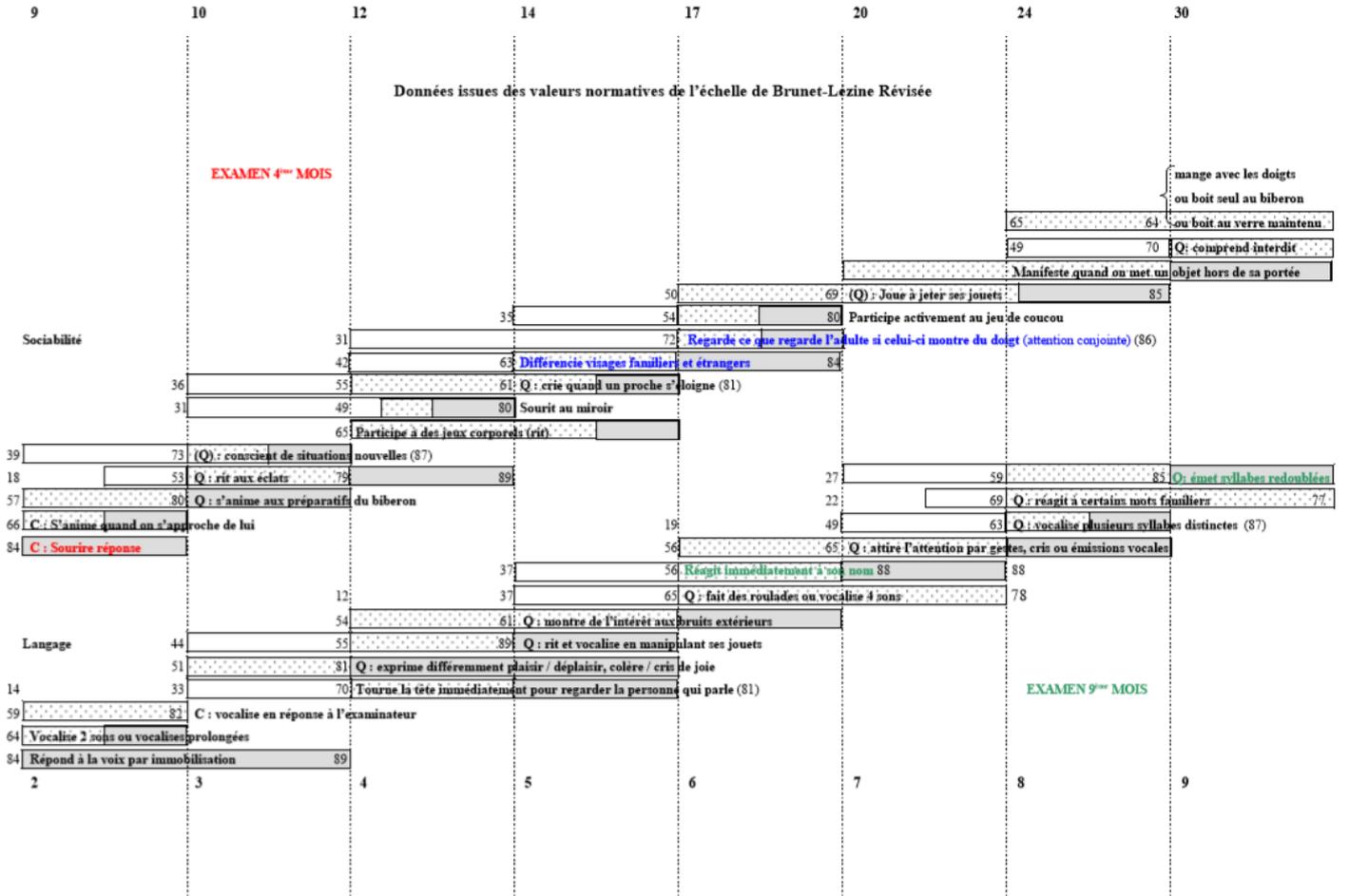
EXAMEN 9^{ème} MOIS

25 à 50 %
50 à 75 %
75 à 90 %

2	3	4	5	6	7	8	9		
Données extraites de l'Echelle de Brunet - Lézine Révisée									
					69	Place les 3 morceaux sur la planchette (100)			
				36	73	Maintient la feuille de l'autre main pour dessiner (91)			
				32	44	80	Reproduit une tour de 5 cubes (98)		
			44	74	Met le rond sur la planchette tournée de 180° (88)				
			32	73	Retire la pastille du flacon	90	22	65	Initie trait horiz / vertical
			52	82	Tourne les pages du livre	94	58	89	Reproduit tour 8 cubes
			32	74	Reproduit une tour de 3 cubes (90)		35	64	Reproduit tour 4 cubes
	21	26	72	Fait un gribouillage sur ordre	88		84	Met les 3 morceaux sur la planchette retournée (96)	
	23	57	76	Place le rond dans son trou sur ordre	88	20	67	Initie un trait sans respect de la direction (93)	
	48	72	Introduit la pastille dans le flacon		31	63	Aligne les cubes pour copier un train de 5 cubes (84)		
	56	Remplit la tasse de cubes (au moins 5)							
	25	54	64	Reproduit une tour de 2 cubes sur modèle (90)					
	25	38	75	Gribouille faiblement sur démonstration					
	30	53	71	Remet le rond dans son trou sur la planchette (88)					
Coordination	32	55	77	Lâche un cube dans la tasse					
	23	42	Prend le 3 ^{ème} cube sans lâcher les 2 autres (72)						
60	72	Cherche le battant de la clochette (85)							
45	62	Cherche la pastille à travers le flacon (90)							
62	81	Met un cube dans la tasse ou le retire (95)							
42	Soulève la tasse et saisit le cube caché dessous (76)								
Retire le rond de la planchette									
Retrouve le jouet sous la serviette									
Saisit la pastille entre le pouce et l'index									
Accepte le 3 ^{ème} cube en lâchant l'un des 2 tenus	74								
				42	82	Court avec des mouvements coordonnés (96)			
				48	56	68	Donne un coup de pied dans le ballon après démonstration (93)		
			28	78	Pousse du pied le ballon				
			16	78	Marche à reculons				
		46	57	84	Monte à quatre pattes un escalier	96			
		23	48	60	Marche seul (ouramment et pas)	98			
	25	73	Tient debout trois secondes sans appui	88					
Posture	42	85	Fait quelques pas, tenu à une main						
	45	83	Contrôle le passage de debout à assis sans se laisser tomber						
45	60	Faise à quatre pattes debout avec un appui							
51	Debout avec appui, lève un pied et le repose								
49	62	Couché, se met assis seul	76						
Soutenu sous les bras, fait des pas	77								
Se tient debout avec appui	(89)								

EXAMEN 24^{ème} MOIS
« superpose des objets (cubes) »

25 à 50 %
50 à 75 %
75 à 90 %



Annexe 3 : Description de la mallette de dépistage pour le test de Brunet-Lézine révisé



« La mallette contient :

- 1 manuel d'utilisation
- des feuilles de notation et de profil
- des cahiers de passation
- 1 matériel de dépistage avec :

- Pour les 12 premiers mois:

une boîte de 10 cubes de bois, rouge vif, de 2.5cm d'arête, une tasse, une cuillère, une sonnette métallique brillante de 12 cm de haut, un hochet quelconque de petit format, un anneau de bois rouge vif de 13 cm de diamètre attaché à une ficelle de 25cm, un miroir de 30cm x 25, une serviette de format couche (non transparente), une pastille de 8mm de diamètre (cachet d'aspirine), un gros crayon rouge ou bleu (10cm), un bloc de papier 20cm x 13, un flacon de verre de 9 cm de haut avec goulot de 2 cm de diamètre.

- A ce matériel, s'ajoute de 15 à 30 mois :

un ballon de couleur vive, taille moyenne, une planchette à encastrer de 36 cm sur 16, portant un trou circulaire de 9 cm de diamètre, triangulaire de 9cm de base, et carré de 8cm de côté, peinte en vert, et des pièces à encastrer correspondantes, peintes en noir, épaisses de 1.5cm, la planchette ayant 1cm d'épaisseur seulement, un livre d'images de 17cm x 23 environ, images simples et attrayantes, un carton représentant une poupée de 25cm de haut environ, deux cartons blancs avec dessins à l'encre, un carton de 6 images, représentant : un chien, un soulier, une tasse, un train, une cuiller, une maison, et un carton de 8 images : une tasse, un soulier, un chien, un train, une cuillère, une maison, une montre, un couteau.

- Au-dessus de 24 mois : un jeu de dessins à copier, trait vertical, trait horizontal, rond, carré, triangle, losange, un puzzle représentant une fillette coupée en 2 et en 4, une image représentant un intérieur, des feuilles de papier (carré de 15 cm de côté pour pliage)
- Pour les niveaux de 5 et 6 ans, 20 cubes pour les épreuves de construction, le mannequin (bonhomme de Grace Arthur) : bonhomme présenté à l'enfant en pièces détachées, il doit le construire sans savoir à l'avance qu'il s'agit d'un personnage ».

Source : www.ecpa.fr

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 part", 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 part"? (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: 30px;"></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, des petites boîtes ou des jouets de 2 à 3 cm).

6 Votre enfant enfle-t-il des billes, des macaronis ou des pâtes en forme de roues sur une ficelle ou un laçot de chaussures?



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?

- 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?
- 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).
- 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). 

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"/> | ___ |
| 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"/> | ___ |
| 3 Votre enfant mange-t-il avec une fourchette? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ |
| 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"/> | ___ |
| 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"/> | ___ |
| 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"/> | ___ |

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		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Motoricité globale	38.07		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Motoricité fine	35.16		●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
Résol. de problèmes	29.78		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Apt. indiv. ou enc.	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.

Pensiez-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

Annexe 5 : Exemple de questionnaire PEDS

PEDS RESPONSE FORM		Acme Pediatrics Provider
Child's Name	<u>Roger J.</u>	Parent's Name <u>Malinda J.</u>
Child's Birthday	<u>8/8/05</u>	Child's Age <u>2</u> Today's Date <u>8/10/07</u>
Please list any concerns about your child's learning, development, and behavior.		
<i>I'm worried about how my child talks and relates to us. He says things that don't have anything to do with what's going on. He's oblivious to anything but what he is doing. He's not doing as well as other kids in many ways.</i>		
Do you have any concerns about how your child talks and makes speech sounds?		
Circle one:	No <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/>	COMMENTS:
<i>He repeats odd things like "Wheel of Fortune"</i>		
Do you have any concerns about how your child understands what you say?		
Circle one:	No <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/>	COMMENTS:
<i>I can't tell if he doesn't understand, doesn't hear well or just ignores us</i>		
Do you have any concerns about how your child uses his or her hands and fingers to do things?		
Circle one:	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/>	COMMENTS:
<i>He's good with manipulatives but does a lot of the same things over and over: spinning wheels on cars, flicking light switches, flipping pages</i>		
Do you have any concerns about how your child uses his or her arms and legs?		
Circle one:	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/>	COMMENTS:
<i>He's very coordinated and very fast!</i>		
Do you have any concerns about how your child behaves?		
Circle one:	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> A little <input checked="" type="checkbox"/>	COMMENTS:
<i>still lots of tantrums but headbanging is almost gone. Behavior therapy has been helpful and his tantrums are less severe and shorter</i>		
Do you have any concerns about how your child gets along with others?		
Circle one:	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> A little <input checked="" type="checkbox"/>	COMMENTS:
<i>He doesn't seem interested in watching other kids, let alone playing with them</i>		
Do you have any concerns about how your child is learning to do things for himself/herself?		
Circle one:	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/>	COMMENTS:
<i>He's very independent</i>		
Do you have any concerns about how your child is learning preschool or school skills?		
Circle one:	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/>	COMMENTS:
<i>He's too young for any of that!</i>		
Please list any other concerns.		
<i>We spend lots of time playing with Roger and talking to him. This seems to be helping him be more engaged. I still wonder about his hearing.</i>		

PEDS SCORE FORM

Child's Name Roger J. Birthday 8/8/05

Find appropriate column for the child's age. Place a checkmark in the appropriate box to show each concern on the PEDS Response form. See Brief Scoring Guide for details on categorizing concerns. Shaded boxes are predictive concerns. Unshaded boxes are non-predictive concerns.

Child's Age:	0-3 mos.	4-5 mos.	6-11 mos.	12-14 mos.	15-17 mos.	18-23 mos.	2 yrs.	3 yrs.	4-4 1/2 yrs	4 1/2-6 yrs.	6-7 yrs.	7-8 yrs.
Global/Cognitive	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Expressive Language and Articulation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Receptive Language	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Fine-Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Social-emotional	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Self-help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
School	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Other	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Count the number of checks in the small shaded boxes and place the total in the large shaded box below.

1	1	0	0	0	0	4						
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

If the number shown in the large shaded box is 2 or more, follow Path A on PEDS Interpretation Form. If the number shown is exactly 1, follow Path B. If the number shown is 0, count the number of small unshaded boxes and place the total in the large unshaded box below.

0	0	1	1	1	1	2						
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

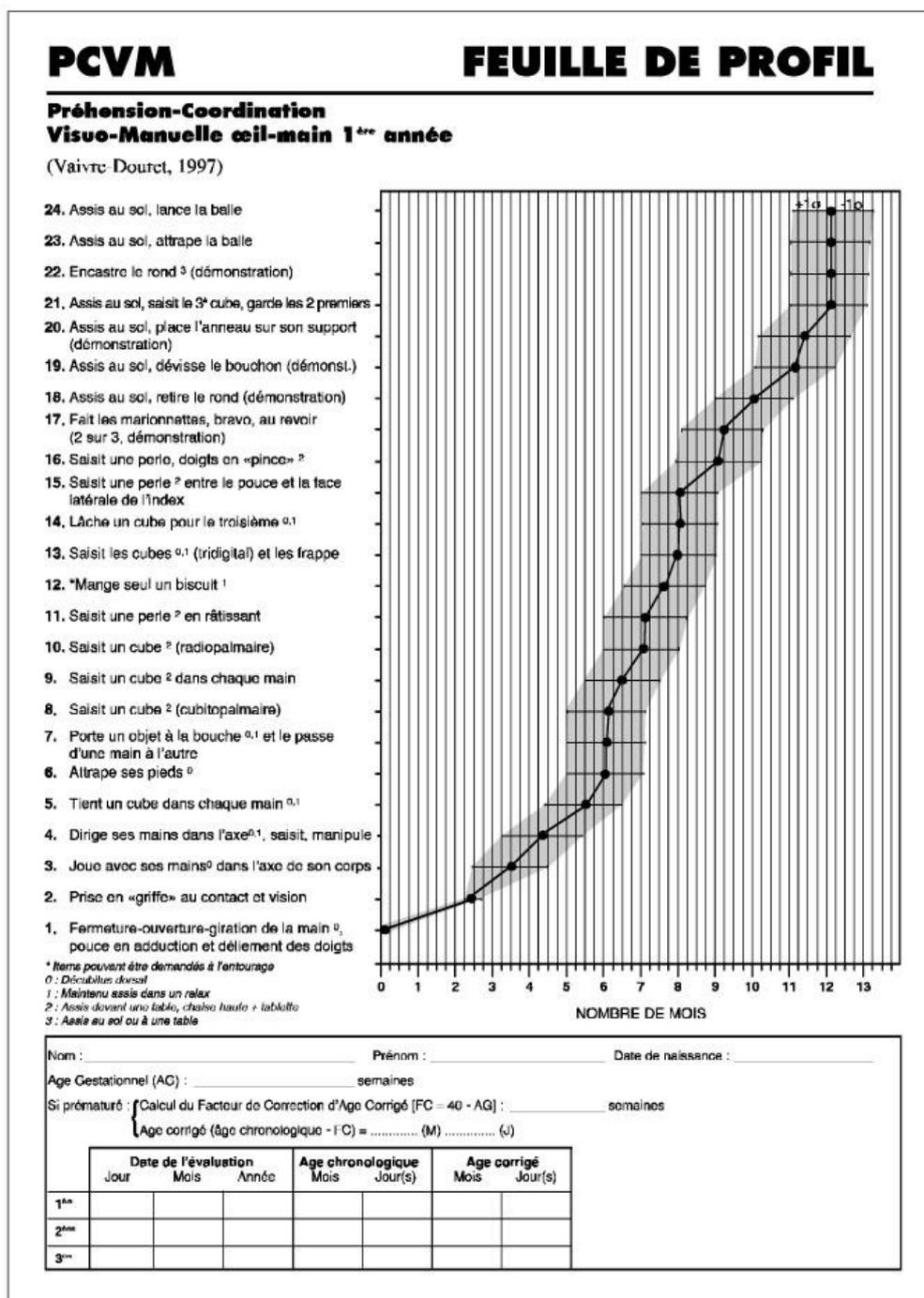
If the number shown in the large unshaded box is 1 or more, follow Path C. If the number 0 is shown, consider Path D if relevant. Otherwise, follow Path E.

© 2007 Glascoe FP, Robertshaw NS, Ellsworth & Vandermeer Press, LLC, 1013 Austin Court, Nolensville, TN 37135 phone: 615-776-4121
 facsimile: 615-776-4119 web: www.pedstest.com email: epress@pedstest.com Electronic versions: pedssupport@forepath.org
 Permission is granted to photocopy these scored forms for training purposes.

PEDS INTERPRETATION FORM

<p>Path A: Two or more predictive concerns?</p> <p>Yes? → Two or more concerns about self-help, social, school, or receptive language skills?</p> <p>Yes? → Refer for audiological and speech-language testing. Use professional judgment to decide if referrals are also needed for social work, occupational/physical therapy, mental health services, etc.</p> <p>No? → Refer for intellectual and educational evaluations. Use professional judgment to decide if speech-language, audiological, or other evaluations are also needed.</p>	<p>0-3 mos. diarrhea, no fever, suggested formula change</p> <p>4-5 mos. intermittent diarrhea, switched to soy</p> <p>6-11 mos. extensive crying at bed-time gave no info re: "Ferberizing"</p> <p>12-14 mos. head-banging, gave no info from Schmitt's Patient Education</p> <p>15-17 mos. still head-banging, pacing referred for in-home behavior tx</p>
<p>Path B: One predictive concern?</p> <p>Yes? → Health concerns only?</p> <p>Yes? → Screen for health/sensory problems, consider second-stage developmental screen.</p> <p>No? → Administer second-stage developmental screen.</p> <p>If screen is passed, counsel in areas of concern and watch vigilantly.</p> <p>If screen is failed, refer for testing in area(s) of difficulty.</p>	<p>18-23 mos. frequent tantrums but head-banging decreased, cont beh tx</p> <p>2 yrs. Path A: hearing, lead, vision screened and OK, referred to EI for M-CHAT and developmental assessment</p>
<p>Path C: Nonpredictive concerns?</p> <p>Yes? → Counsel in areas of difficulty and follow up in several weeks.</p> <p>If unsuccessful, screen for emotional/ behavioral problems and refer as indicated. Otherwise refer for parent training, behavioral intervention, etc.</p>	<p>3 yrs. assessment</p>
<p>Path D: Parental difficulties communicating?</p> <p>Yes? → Foreign language a barrier?</p> <p>No? → Use a second screen that directly elicits children's skills or refer for screening elsewhere.</p> <p>Yes? → Use foreign language versions, send PEDS home in preparation for a second visit; seek a translator, or refer for screening elsewhere.</p>	<p>4-4 1/2 yrs. _____</p> <p>4 1/2-6 yrs. _____</p>
<p>Path E: No concerns?</p> <p>Yes? → Elicit concerns at next checkpoint.</p> <p>No? → Use PEDS between checkpoints (e.g. sick- or return-visit).</p>	<p>6-7 yrs. _____</p> <p>7-8 yrs. _____</p>

Annexe 6 : Exemple de représentation graphique des acquisitions posturo-motrices et locomotrices au cours de la première année (Vaivre-Douret 1999) : feuille de profil



Source : Vaivre-Douret Laurence, « Une nouvelle échelle française d'évaluation du développement moteur du jeune enfant (0-4 ans) : repères pour la clinique et la recherche », Devenir, 2003/2 Vol. 15, p. 179-189. DOI : 10.3917/dev.032.0179

Annexe 7 : Test simplifié de Gesell

Âge	Motricité	Cognition	Langage	Personnalité et développement social
4 sem.	Manque de contrôle de la tête. Posture asymétrique en décubitus dorsal.	Brève poursuite oculaire. Laisse tomber immédiatement un jouet.	Faciès expressif. Petits sons gutturaux.	Fixe l'entourage. Écoute les bruits.
16 sem.	Tient la tête droite avec petits mouvements salutatoires. Attitudes symétriques en décubitus dorsal.	Tente de saisir un hochet. Regarde le hochet mis dans sa main.	Roucoule. Rit bruyamment.	Sourire "social" spontané. Joue avec les mains.
28 sem.	En position assise, s'appuie en avant.	Dirige la main vers un jouet et le saisit. Transfère un jouet d'une main à l'autre.	Cris aigus. M-m (cris).	Met les pieds en bouche.
40 sem.	S'assied. Rampe.	Combine 2 jouets. Saisit bille entre pouce et index.	Dada-mama. Un autre mot.	"Jeux de <i>nursery</i> ". Capable de manger un biscuit.
52 sem.	Marche tenu par une main.	Met le cube dans la tasse. Essaie de construire une tour de 2 cubes.	Deux autres mots. Répond à "donne-moi".	Coopère lorsqu'on l'habille.
15 mois	Marche seul en trotinant.	Tour de 2 cubes. Met les cubes dans la tasse.	4-6 mots.	Désigne ce qu'il désire par sons et gestes. Jette des jouets.
18 mois	Marche correctement. S'assied lui-même sur une chaise basse.	Tour de 3-4 cubes. Imite un mouvement.	10 mots. Jargon.	Propre le jour. Transporte et embrasse une poupée.
2 ans	Court. Monte et descend les escaliers seul.	Tour de 6-7 cubes. Gribouille spontanément de façon circulaire. Imite les traits verticaux.	Assemble 2-3 mots. Nomme 3-5 dessins.	Demande d'aller aux toilettes la journée. Met la poupée au lit.
3 ans	Roule à tricycle. Se met à cloche-pied pendant un moment.	Imite une maison avec des cubes. Imite un cercle. Imite une croix.	Phrases. Dit son nom et son sexe.	Mange seul correctement. Met ses chaussures. Défait ses boutons.
4 ans	Saute à cloche-pied.	Copie un pont. Dessine un bonhomme comprenant 2-4 parties (outré tête).	Raconte une histoire. Compare la longueur de 2 lignes. Compte 4 pièces.	Va aux toilettes seul. Joue avec plusieurs enfants.
5 ans	Saute à la corde.	Copie triangle et carré.	Nomme 4 couleurs. Compare 2 poids. Compte 10 pièces. Questions sur la signification des mots.	S'habille et se déshabille.

TABLEAU I: Test simplifié de Gesell.

Source : www.formathon.fr

Annexe 8 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes installés de l'Aude au cours de ce travail de thèse

29/10/2017

Questionnaire Thèse

Questionnaire Thèse

Bonjour,

Je m'appelle Antoine GRIMAUD et je suis actuellement en 6ème semestre de Médecine Générale. Je me permets de solliciter votre participation dans le cadre de ma thèse concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans en médecine générale.

Ce questionnaire vous prendra au maximum 5 à 10 minutes pour le remplir.

Il s'adresse aux médecins généralistes installés dans l'Aude. Pour tout autre professionnel de santé, merci de ne pas répondre.

L'objectif de cette étude est de faire un « état des lieux » des connaissances et des pratiques vis-à-vis du suivi du développement psychomoteur (hors développement sensoriel) des enfants de 28 jours à 6 ans dans le département de l'Aude. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les principaux problèmes rencontrés et de soumettre des propositions afin d'améliorer le dépistage de ces troubles psychomoteurs.

Le but du questionnaire n'est en aucun cas de porter un jugement sur votre pratique ou vos connaissances.

Vos réponses demeureront strictement confidentielles. Le traitement informatique des informations sera anonyme.

Je vous remercie sincèrement pour votre participation qui va permettre d'enrichir mon travail de thèse.

GRIMAUD Antoine
Interne de Médecine Générale

P.S : Si vous souhaitez obtenir les résultats ou toute autre information, n'hésitez pas à me contacter par mail :

antoinegrimaud90@gmail.com

***Obligatoire**

Démographie

1. 1) Etes-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

2. 2) Quel âge avez-vous ? *

3. 3) Avez-vous des enfants ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

4. 4) Quel type de pratique libérale exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Ville
 Rural
 Semi-rural

5. 5) Avez-vous une activité libérale exclusive ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. 6) En quelle année vous êtes-vous installé ? *

7. 7) Combien de consultations effectuez-vous par jour en moyenne ? *

8. 8) Combien de nourrissons (entre 0 et 2 ans) comptez-vous dans votre patientèle ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 20
 Plus de 20

9. 9) Combien d'enfants (entre 2 ans et 6 ans) comptez-vous dans votre patientèle ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 20
 Entre 20 et 30
 Plus de 30

10. 10) Avez-vous un Diplôme Universitaire, Capacité ou autre formation professionnelle dans le domaine pédiatrique ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans

11. 11) D'une manière générale, réalisez-vous le suivi du développement psychomoteur de vos patients pédiatriques (de 28 jours à 6 ans) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passez à la question 36.*

Concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans

12. 12) Lors de quel type de consultation réalisez-vous le suivi du développement psychomoteur de vos patients pédiatriques ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Lors de consultations dédiées au suivi du développement de l'enfant (à partir de 28 jours)
 Lors de consultations pour une maladie intercurrente
 Lors de consultations dont le motif est autre qu'une maladie intercurrente (vaccin, certificats aptitude sportive, etc...)
 Autre

13. 13) Pensez-vous que la réalisation de consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur des enfants (âgés de 28 jours à 6 ans) puisse permettre un dépistage plus précoce des retards du développement psychomoteur ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 D'accord
 Tout à fait d'accord

14. 14) Si vous réalisez des consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur, combien de temps consacrez-vous pour cette consultation en moyenne chez des patients âgés de 28 jours à 2 ans ? *

Une seule réponse possible.

- 0-15 min
 15-30 min
 30-45 min
 Plus de 45 min
 Je ne réalise pas de consultation dédiée

15. 15) Si vous réalisez des consultations dédiées au suivi du développement psychomoteur, combien de temps consacrez-vous pour cette consultation en moyenne chez des patients âgés de 2 ans à 6 ans ? *

Une seule réponse possible.

- 0-15 min
 15-30 min
 30-45 min
 Plus de 45 min
 Je ne réalise pas de consultation dédiée

16. 16) Chez des patients âgés de 28 jours à 6 mois, à quelle fréquence réalisez-vous le suivi du développement psychomoteur ? **Une seule réponse possible.*

- Tous les 15 jours
- Tous les mois
- Tous les 2 mois
- Tous les 3 mois
- 1 fois au cours de cette période
- Seulement lors des examens médicaux présents dans le carnet de santé (à 2 mois et à 4 mois)
- De façon aléatoire
- Autre : _____

17. 17) Chez des patients âgés de 6 mois à 18 mois, à quelle fréquence réalisez-vous le suivi du développement psychomoteur ? **Une seule réponse possible.*

- Tous les mois
- Tous les 2 mois
- Tous les 3 mois
- Tous les 4 mois
- Tous les 6 mois
- Seulement pour le certificat obligatoire du 9ème mois
- De façon aléatoire
- Autre : _____

18. 18) Chez des patients âgés de 18 mois à 6 ans, à quelle fréquence réalisez-vous le développement psychomoteur ? **Une seule réponse possible.*

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- 1 fois par an
- 1 fois tous les 2 ans
- Seulement pour le certificat obligatoire du 24ème mois
- Seulement pour les examens médicaux présents dans le carnet de santé (à 24 mois, 3 ans, 4 ans, 6 ans)
- De façon aléatoire
- Autre : _____

19. 19) Estimez-vous que le questionnement posé directement aux parents sur une éventuelle inquiétude concernant le développement psychomoteur de leur enfant (de 28 jours à 6 ans) est essentiel ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

20. 20) En consultation, quel support utilisez-vous préférentiellement pour vous aider à évaluer le développement psychomoteur de l'enfant (de 28 jours à 6 ans) ? *

Une seule réponse possible.

- Carnet de santé de l'enfant
- Le site internet Pédiadoc
- Anciens cours de pédiatrie
- Livres de pédiatrie
- Expériences personnelles et/ou professionnelles
- Des vidéos personnelles apportées par les parents
- Aucun support
- Autre : _____

21. 21) Avez-vous un espace dédié dans votre cabinet de consultation pour que l'enfant puisse jouer seul ? (tapis, jouets, etc...) *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

22. 22) Lesquels de ces tests/outils connaissez-vous ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Test de Bayley
- Test de Gesell
- Test ou échelle de Brunet-Lézine révisé
- Test ou échelle de Denver
- ASQ (Age and Stages Questionnaire)
- DF-MOT (Développement Fonctionnel Moteur de 0 à 48 mois, Vaivre-Douret)
- M-CHAT
- Questionnaire PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status)
- L'inventaire du développement communicatif de Mc Arthur-Bates
- Je ne connais aucun de ces tests

23. 23) Parmi les tests standardisés/outils suivants, lesquels utilisez-vous en consultation pour vous aider à évaluer le développement psychomoteur ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Test de Bayley
- Test de Gesell
- Test ou échelle de Brunet-Lézine révisé
- Test ou échelle de Denver
- ASQ (Age and Stages Questionnaire)
- DF-MOT (Développement Fonctionnel Moteur de 0 à 48 mois, Vaivre-Douret)
- M-CHAT
- Questionnaire PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status)
- L'inventaire du développement communicatif de Mc Arthur-Bates
- Je n'utilise aucun test standardisé
- Autre : _____

24. 24) Lors d'une consultation, si vous suspectez une anomalie dans le développement psychomoteur d'un enfant (âgé de 28 jours à 6 ans), quelles possibilités proposez-vous pour la suite de la prise en charge ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Toujours
Une nouvelle consultation avec vous pour évaluer l'évolution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec un(e) pédiatre en libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec un(e) pédiatre hospitalier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec un(e) neuropédiatre (hospitalier ou libéral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec un(e) médecin de PMI (Protection Maternelle et Infantile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientation vers le CAMPS (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientation vers le CMP (Centre Médico-Psychologique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientation vers le CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec un(e) orthophoniste en libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec un(e) kinésithérapeute en libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec un(e) ostéopathe en libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation avec un(e) psychomotricien(ne) en libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescription d'un bilan biologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescription d'examen(s) complémentaire(s) : imagerie, autre etc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. 25) Concernant les fonctions et les objectifs des structures suivantes, vous estimez être *
 Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout au courant	Au courant	Parfaitement au courant
PMI (Protection Maternelle et Infantile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAMPS (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CMP (Centre Médico-Psychologique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CMPP (Centre Médico-Psychopédagogique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. 26) Vous sentez-vous à l'aise avec l'ensemble de la prise en charge du suivi du développement psychomoteur ? *
 Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Chez les nourrissons de 28 jours à 2 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chez les enfants de 2 ans à 6 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 27) Les propositions ci-dessous sont-elles des difficultés que vous rencontrez lors du suivi du développement psychomoteur de l'enfant de 28 jours à 6 ans, en médecine générale ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Toujours
Manque de temps pour ce genre de consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de formation/connaissances concernant le suivi du développement psychomoteur de l'enfant de 28 jours à 6 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté de l'application des tests standardisés en médecine générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés matérielles/organisationnelles : nécessité d'avoir de la place et des jeux dans le cabinet de consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés pour la suite de la prise en charge : savoir vers qui orienter l'enfant ? quels examens complémentaires réaliser ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incertitude ressentie en l'absence de diagnostic clairement établi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délais trop importants pour avoir une consultation spécialisée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de communication entre les différentes structures et/ou professionnels intervenant dans ce domaine (PMI, CAMPS, CMP, médecin de PMI, médecin scolaire, médecin de crèche, professeurs des écoles, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suivi irrégulier lié au fait que l'enfant soit suivi par plusieurs professionnels de santé à la fois (pédiatre, médecin PMI, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de coopération de l'enfant pour l'examiner lors de la consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attitude non adaptée des parents : déni, inquiétude, ambivalence, ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. 28) En tant que médecin généraliste, ressentez-vous des difficultés pour trouver votre place dans cette prise en charge pluridisciplinaire des troubles psychomoteurs des enfants ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Chez des enfants de 28 jours à 2 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chez des enfants de 2 ans à 6 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. 29) Veuillez hiérarchiser (du plus prioritaire (1) au moins prioritaire (3)) les domaines suivants à améliorer, selon vous, afin d'optimiser la prise en charge du suivi du développement psychomoteur de l'enfant âgé de 28 jours à 6 ans ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	1 (en priorité +++)	2 (secondairement ++)	3 (dernièrement +)
La formation des médecins généralistes dans ce domaine (théorique et/ou pratique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation du suivi (cotation de la consultation dédiée au suivi, liens plus étroits avec les différentes structures, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les moyens techniques (tests standardisés, carnet de santé, outil informatique, etc..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. 30) Afin d'améliorer vos connaissances sur le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans, vous souhaiteriez en priorité *

Une seule réponse possible.

- Une meilleure formation théorique dans ce domaine durant vos années d'études
- Une meilleure formation pratique durant vos années d'études
- Pouvoir participer à des FMC et/ou à des conférences sur ce sujet
- Vous inscrire à un Diplôme Universitaire concernant ce domaine
- Des nouvelles recommandations établies par la HAS
- Vous former par vos propres moyens
- Vous ne souhaitez pas approfondir vos connaissances dans ce domaine
- Autre : _____

31. 31) Selon vous, quelle est la mesure principale qui permettrait d'améliorer l'organisation du suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans ? *

Une seule réponse possible.

- Une valorisation de la cotation de la consultation dédiée pour ce suivi
- Une déclaration obligatoire d'un médecin traitant pour les patients pédiatriques
- Un double suivi systématique par la PMI et le médecin généraliste pour tous les patients pédiatriques
- Des liens plus étroits avec les différentes structures et/ou professionnels qui interviennent dans ce domaine
- La mise en place de certificats obligatoires pour les enfants de plus de 2 ans (par exemple à 4 ans ou 6 ans, ...)
- Je ne pense pas qu'il faille améliorer l'organisation du suivi du développement psychomoteur des enfants
- Autre : _____

32. 32) Selon vous, quelle est la mesure principale qui permettrait d'améliorer les moyens techniques concernant le suivi du développement psychomoteur des enfants de 28 jours à 6 ans ? *

Une seule réponse possible.

- La création de tests standardisés applicables en médecine générale
- La création d'un carnet de santé électronique ou d'un outil intégré dans le logiciel médical
- Améliorer la pertinence des items des examens médicaux mis en exergue dans le carnet de santé en double page (à 2 mois, 4 mois, 9 mois, 24 mois puis ceux de l'âge scolaire)
- Je ne pense pas qu'il faille améliorer les moyens techniques
- Autre : _____

33. 33) A quelle fréquence avez-vous déjà été confronté à un trouble du développement psychomoteur (suspecté ou confirmé) d'un enfant entre 28 jours et 6 ans ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Moins d'une fois par an
- Plus d'une fois par an
- Plus d'une fois par trimestre
- Plus d'une fois par mois

34. 34) Pensez-vous que le suivi du développement psychomoteur soit une des missions du médecin généraliste ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Chez les enfants entre 28 jours et 2 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chez les enfants entre 2 ans et 6 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. 35) Vous sentez-vous compétent pour prescrire un bilan psychomoteur ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Pour un enfant âgé de 28 jours à 2 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour un enfant âgé de 2 ans à 6 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Arrêtez de remplir ce formulaire.

36. 11bis) Si vous ne réalisez pas le suivi du développement psychomoteur des patients pédiatriques, merci de ne répondre qu'à cette dernière question : vers qui les orientez-vous pour le réaliser ? *

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : Le retard de développement psychomoteur (DP) des enfants est un problème de santé publique à forte prévalence. Il doit être dépisté précocement pour permettre une prise en charge optimale. Le médecin généraliste (MG) a un rôle fondamental dans ce suivi mais peut se trouver en difficulté.

Objectif : Faire un état des lieux des pratiques et des connaissances des MG de l'Aude concernant le suivi du DP des enfants.

Méthodes : Enquête épidémiologique quantitative descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé aux 301 MG libéraux et installés dans l'Aude.

Résultats : Nous avons obtenu 61 réponses (20%). 90% des MG interrogés réalisent le suivi du DP des enfants. 90% d'entre eux sont conscients de leur rôle primordial dans ce suivi mais font face à des difficultés comme l'absence de tests utilisables en consultation (80%), le manque de formation (54%), de temps (74,5%), et de rémunération spécifique (53%). Hormis leurs expériences personnelles et du carnet de santé, les MG n'utilisent pas de test spécialisé. Le questionnement aux parents leur paraît essentiel. L'annonce aux parents peut être source de difficulté surtout devant une incertitude diagnostique (67%). L'orientation des enfants pose problème avec l'absence de travail en réseau (82%) et des délais jugés trop longs (88%).

Conclusion : Le suivi du DP des enfants par le MG est complexe. De nombreuses difficultés existent, concernant le dépistage en lui-même, la relation avec les parents, l'orientation de l'enfant et la suite de la prise en charge. Un suivi continu des enfants combiné à un dépistage ciblé, une amélioration de la formation des MG, des outils spécifiques et du travail en réseau sont à encourager.

MOTS CLES :

1. développement psychomoteur 2.enfants 3.médecine générale 4.suivi 5.dépistage