

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER  
FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Année 2016

2016 TOU3 1022

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 22 mars 2016

par

ROUVELET Laetitia

**Etude de faisabilité d'un test de dépistage des troubles du  
développement psychomoteur, tel que l'ASQ3, lors de l'examen  
systématique du 24<sup>ème</sup> mois de l'enfant, en pratique quotidienne  
de médecine générale**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Claude SEMET

**JURY**

Monsieur le Professeur Yves CHAIX	Président
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean Claude SEMET	Assesseur
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------



**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiene
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

**M.C.U.**

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## **Remerciements**

### **A Monsieur le Professeur Yves CHAIX**

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez accepter le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

### **A Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,**

Je suis très honorée que vous siégiez à ce jury de thèse. Je vous remercie pour la qualité de l'enseignement délivré par le DUMG tout au long de notre internat.

### **Au Docteur Brigitte Escourrou,**

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury. Soyez assurée de ma profonde gratitude dans votre implication pour notre formation.

### **Au Docteur Jean Claude Semet,**

Je vous remercie de m'avoir donné l'idée de ce sujet et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail avec disponibilité et bienveillance. J'espère avoir été à la hauteur de vos espérances. Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.

### **Au Docteur Motoko Delahaye,**

Travailler à tes côtés a été pour moi une véritable chance. Tu n'as pas hésité à appuyer certains de mes projets et tu m'as aidée à les réaliser. Sois assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**A mes parents**, vos valeurs humaines et de travail que vous m'avez transmis m'ont permis d'avancer tout au long de mes études. Merci pour votre soutien, votre présence, vos sacrifices et tout le reste.

**A mes sœurs**, parce qu'il y a des liens plus forts que tout.

**Stéphanie**, je te dédie cette thèse. Tu as toujours été là. « Tel est notre destin ». Merci pour ton aide si précieuse dans la réalisation de mon travail, de l'analyse statistique à la mise en page.

**Isabelle**, loin des yeux mais pas loin du cœur. Je suis fière de ton parcours.

**A Quentin**, parce qu'« il n'y a pas que la médecine ! ». Notre complicité, nos fous rires et nos rêves me rendent heureuse. Merci pour ton soutien, ta patience et ton amour. Merci pour le chemin déjà parcouru à tes côtés, et à ce que la vie nous réserve.

**A toute ma famille, grands-parents, tantes, oncles et cousins**, merci pour les bons moments passés ensemble et tous les autres à venir.

**A ma belle-famille**, merci pour votre accueil chaleureux.

**A Papi, A tata de Marseille**, qui auraient été si fiers aujourd'hui. Je pense à vous et vous embrasse bien fort.

**A Cindy**, ton amitié m'est précieuse, et bien sûr à **Noé**, pour toute la joie et la fierté d'être ta marraine.

**A Amandine**, mon binôme, merci pour ton soutien durant les années d'externat. Je pense à toi souvent, plus souvent que j'écris !

**Aux cocottes, Claire, Elodie et Marie**, à nos débriefings aussi bien médicaux que personnels.

**A Carole, Célia, Emilie, Julie et Laura**, pour que durent encore longtemps nos moments de détente et de folies.

**A Julien**, merci d'être à mes côtés depuis le collège.

**Aux équipes des services de Maladies infectieuses et des Urgences de Rodez**, ainsi qu'à mes co-internes, pour ces deux premiers semestres enrichissants.

**A l'équipe du SDIS**, à Nathalie et Patrick, merci de m'avoir intégrée dans le monde des sapeurs-pompiers avec disponibilité et dévouement.

**Aux médecins généralistes que j'ai rencontrés** au fil des stages et qui m'ont confirmée que nous faisons la plus belle spécialité, merci d'avoir pris le temps de m'apprendre ce savoir, ce savoir-faire et surtout ce savoir être : Dominique Marty, Sylvie Hebrard, Philippe Nekrouf, Virginie Barthes, Cathy Boudes, Motoko Delahaye, Véronique Garin, Jean Pechdo, Dominique Blanc, Gilles Verrez, François Junco, Denis Castanier.

**A Denis et Martine**, c'est un réel plaisir de travailler à vos côtés. Merci pour votre accueil et vos bons conseils.



# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b> .....	1
<b>2</b>	<b>Contexte</b> .....	3
2.1	Troubles du développement psychomoteur.....	3
2.1.1	Définition .....	3
2.1.2	Prévalence .....	4
2.1.3	Prise en charge .....	4
2.2	Recommandations .....	5
2.3	Un outil de dépistage : Ages Stages and Questionnaire (ASQ3) .....	6
2.3.1	Présentation .....	6
2.3.2	Les études .....	7
<b>3</b>	<b>Matériel et méthode</b> .....	9
3.1	Objectif – type d’étude .....	9
3.2	Méthodologie.....	9
3.2.1	Population.....	9
3.2.2	Protocole.....	10
3.2.3	Critères de jugement.....	11
3.3	Analyse statistique .....	11
<b>4</b>	<b>Résultats</b> .....	12
4.1	Participation à l’étude .....	12
4.2	Caractéristiques de la population des médecins .....	12
4.2.1	Caractéristiques démographiques.....	12
4.2.2	Activité pédiatrique .....	13
4.3	Faisabilité du test ASQ3 .....	14
4.3.1	Formation .....	14
4.3.2	Temps .....	14
4.3.3	Organisation .....	14
4.3.4	Faisabilité .....	15
4.3.5	Acceptabilité.....	15
4.3.6	Intérêt ressenti .....	16
4.4	Résultats du test ASQ3 .....	16
4.5	Etude analytique .....	20

<b>5</b>	<b>Discussion</b> .....	22
5.1	Forces et limites de l'étude.....	22
5.2	Principaux résultats.....	23
5.3	Perspectives .....	25
<b>6</b>	<b>Conclusion</b> .....	27
<b>7</b>	<b>Bibliographie</b> .....	28
<b>8</b>	<b>Annexes</b> .....	31

## Table des illustrations

<b>Figure 1</b> : Répartition des médecins en fonction du nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans par semaine.....	13
<b>Figure 2</b> : Répartition des médecins en fonction du temps de cotation du test.....	14
<b>Figure 3</b> : Répartition des médecins en fonction du moment de remplissage du test .....	14
<b>Figure 4</b> : Répartition des médecins en fonction de la faisabilité du test, possible ou non, en consultation de médecine générale.....	15
<b>Figure 5</b> : Répartition des scores obtenus pour le domaine communication.....	16
<b>Figure 6</b> : Répartition des scores obtenus pour le domaine motricité globale.....	17
<b>Figure 7</b> : Répartition des scores obtenus pour le domaine motricité fine .....	17
<b>Figure 8</b> : Répartition des scores obtenus pour le domaine résolution de problème.....	18
<b>Figure 9</b> : Répartition des scores obtenus pour le domaine aptitudes individuelles et sociales .....	19
<b>Figure 10</b> : Répartition des médecins en fonction de leur âge et leur nombre de consultation d'enfants de moins de 5 ans par semaine .....	20
<b>Figure 11</b> : Répartition des médecins en fonction de leur âge et la réalisation de consultation dédiée .....	21
<b>Figure 12</b> : Répartition des médecins en fonction du temps de réalisation du test et le moment de remplissage du test par les parents .....	21
<b>Tableau 1</b> : Caractéristiques des médecins.....	12
<b>Tableau 2</b> : Supports utilisés par les médecins pour l'évaluation du développement.....	13
<b>Tableau 3</b> : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes.....	15
<b>Tableau 4</b> : Concordance entre le score obtenu au test et le ressenti du médecin pour le domaine communication .....	16
<b>Tableau 5</b> : Concordance entre le score obtenu au test et ressenti du médecin pour le domaine motricité globale.....	17
<b>Tableau 6</b> : Concordance entre le score obtenu au test et le ressenti du médecin pour le domaine motricité fine .....	18
<b>Tableau 7</b> : Concordance entre le score obtenu au test et le ressenti du médecin pour le domaine résolution de problème .....	18
<b>Tableau 8</b> : Concordance entre le score obtenu au test et ressenti du médecin pour le domaine aptitudes individuelles et sociales .....	19

## **Annexes**

<b>Annexe 1</b> : Principaux éléments à rechercher selon l'expertise Inserm, 2004 .....	31
<b>Annexe 2</b> : Test ASQ3 du 24 <sup>ème</sup> mois .....	32
<b>Annexe 3</b> : Fiche d'information laissée aux médecins généralistes .....	38
<b>Annexe 4</b> : Le questionnaire adressé aux médecins.....	39
<b>Annexe 5</b> : Comparaison des caractéristiques des médecins avec la présence de difficulté ...	41
<b>Annexe 6</b> : Comparaison des caractéristiques des médecins avec la faisabilité du test .....	42
<b>Annexe 7</b> : Organisation et contenu des visites réservées aux dépistages entre deux et six ans recommandées par la HAS .....	43



## Liste des abréviations

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

HAS : Haute Autorité de Santé

ASQ3 : Ages and Stages Questionnaires

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche

DS : Déviation standard

P'titMip : Réseau de professionnels de la petite enfance en Midi-Pyrénées

ERTL4 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans

# 1 Introduction

Le médecin généraliste est l'un des principaux intervenants dans le suivi des enfants durant leurs premières années de vie. En effet, selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) publiée en septembre 2007 (1), parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un médecin généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre. Cette même étude montre que les enfants de moins de 16 ans constituent 13% de l'ensemble des consultations des médecins généralistes. 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier.

Le médecin généraliste joue donc un rôle central dans le suivi et le dépistage proposés aux enfants. Ainsi il est confronté au dépistage des anomalies du développement psychomoteur, qui constitue le trouble le plus difficile à reconnaître. Il est vrai qu'il est difficile de retenir les différentes étapes du développement psychomoteur de l'enfant tant sont nombreuses les variations individuelles.

J'ai pu constater lors de mes différents stages en médecine générale ambulatoire qu'il existait des disparités selon les praticiens dans le dépistage proposé aux enfants. Certains praticiens se retrouvent même démunis face à cette problématique. En conséquence, moins de 30% des enfants ayant un trouble du développement sont détectés avant l'entrée à l'école (2) (3).

Or il s'agit d'un enjeu capital. Toute anomalie dans le développement d'un enfant risque d'avoir plus tard, des répercussions sur ses performances scolaires, son insertion sociale et professionnelle. Une prise en charge précoce par un dépistage tôt dans la vie de l'enfant est un gage de réussite.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en 2005 des recommandations qui préconisent l'utilisation de tests standardisés de dépistage (4). Le groupe de travail considère certains tests de développement réalisables au cours d'une consultation après une courte formation. Pour autant il n'a pas été identifié de tests généralisables en médecine de ville.

Parmi les tests de développement énoncés par l'HAS, j'ai appris à utiliser lors de consultations pédiatriques hospitalières le test Ages Stages and Questionnaire (ASQ3) (5). Il s'agit d'un test sollicitant la participation des parents, originaire des Etats-Unis, ayant déjà fait l'objet de nombreuses études.

Lorsqu'on imagine un test de dépistage en médecine générale, il faut prendre en compte les spécificités de la consultation. En sachant qu'une consultation dure en moyenne 16 minutes (6), un test de dépistage en médecine générale doit être rapide (pour le médecin) et acceptable (pour le patient). Nous avons voulu savoir si le test ASQ3 répondait à ces critères.

En prenant en compte tous ces éléments, nous avons réalisé une étude prospective descriptive sur un échantillon de 45 médecins généralistes en Aveyron, afin d'évaluer l'applicabilité à la médecine générale du test de dépistage ASQ3.

## 2 Contexte

### 2.1 Troubles du développement psychomoteur

#### 2.1.1 Définition

Le retard psychomoteur est défini de façon imprécise dans la littérature internationale.

Dans la Classification internationale des maladies CIM 10, il est décrit sous le code F83, « Troubles spécifiques mixtes du développement » (7). Cette catégorie regroupe différents troubles du langage, des apprentissages, de la motricité, dans laquelle aucun de ces items ne prédomine suffisamment pour en être le diagnostic principal.

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM V, paru en 2013, le retard mental, sous l'appellation « déficience intellectuelle », est intégré dans la catégorie « troubles neurodéveloppementaux » (8). Dans cette version, une catégorie spécifique est consacrée aux troubles des apprentissages.

Aux USA, selon l'American Academy of Neurology, le **retard psychomoteur global** est défini comme un retard significatif (c'est-à-dire au moins deux déviations-standard en dessous de la moyenne) dans au moins deux domaines psychomoteurs parmi : motricité fine ou globale, langage, cognition, interaction sociale, activités de la vie quotidienne (9). Ces anomalies doivent être apparues avant l'âge de 5 ans. L'étiologie peut en être connue ou inconnue.

Un nouveau terme diagnostique a été proposé en 2010 par un comité d'experts internationaux : celui d'handicap développemental précoce (« Early Developmental Impairment » (10)).

En France il n'y a pas de définition standardisée. L'HAS dans son argumentaire « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans » (4), utilise pour caractériser les retards de développement la définition du retard mental, qui est une entité parmi d'autres.

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 5 ans lorsqu'une évaluation psychométrique a été réalisée.



En ce qui concerne les **troubles spécifiques des apprentissages**, une seule fonction cognitive est intéressée, en épargnant les autres domaines de développement, chez des enfants au niveau intellectuel normal. Ces troubles sont généralement durables au cours du développement à l'origine de retentissement sur les apprentissages scolaires.

Pour ce travail, par volonté de ne pas être restrictif, nous considérerons toute anomalie du développement psychomoteur, qu'il s'agisse d'un retard mental, retard global du développement ou troubles spécifiques des apprentissages.

### 2.1.2 Prévalence

En France la prévalence estimée du retard global du développement est de 3%, selon l'INSERM (11). La prévalence spécifique des troubles des apprentissages est évaluée de 2 à 10% selon les études (6% pour la dysphasie, 5% pour la dyslexie, 5 à 7% pour les dyspraxies, 2 à 6% pour la dyscalculie).

Selon l'étude Epipage (12) (étude sur le devenir des enfants grands prématurés), ces prévalences seraient bien plus importantes chez les grands prématurés (nés avant 33 semaines d'aménorrhées).

### 2.1.3 Prise en charge

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

Il faudra agir sur le facteur étiologique éventuellement accessible (exemple : retard global du développement dans le cadre de carences affectives sévères ou traitement d'une hypothyroïdie non diagnostiquée à la naissance).

L'intervention de professionnels paramédicaux (psychomotricité, orthophonie, éducateurs...) sera importante pour mobiliser les compétences de l'enfant, améliorer les fonctions défailtantes et permettre la mise en place de stratégies de compensation.

La prise en charge psychothérapeutique aura un double objectif de soutien de l'environnement familial et de traitement des troubles psychiques (primitifs ou secondaires) que présente l'enfant.

Cette prise en charge multidisciplinaire pourra se faire en libéral avec la nécessité d'une coordination de la part du médecin de l'action des différents intervenants ou dans les structures spécialisées permettant cette prise en charge globale :

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

## **2.2 Recommandations**

En 2001, **aux Etats-Unis**, l'American Academy of Pediatrics (AAP) a édité des recommandations promouvant le dépistage systématique des troubles du développement psychomoteur. Celui-ci doit s'effectuer de manière périodique avec l'utilisation de tests standardisés, notamment les instruments parentaux (13) (14). En effet des études ont établi qu'en matière de dépistage des retards psychomoteurs, le jugement clinique seul est insuffisant (15).

Le but de ce dépistage systématique est de détecter les candidats au programme d'intervention précoce « Early Intervention Program », car il a été démontré qu'une intervention précoce améliorerait le pronostic des enfants présentant un retard de développement (16). Ce programme est destiné aux enfants âgés de moins de 3 ans.

Cependant il n'existe pas de Gold Standard en matière de test de dépistage, le choix du test est donc laissé au praticien.

**En France**, l'HAS en 2005 souligne l'importance de ces troubles et de leur dépistage par un suivi régulier (4) :

- Des étapes du développement de l'enfant. Il est proposé pour cela un tableau (annexe 1), établi par l'INSERM, des différents éléments à rechercher afin de détecter une anomalie du développement (11).
- Des données de biométrie, et plus particulièrement la surveillance du périmètre crânien jusqu'à l'âge de 6 ans.

Des tests de dépistage sont proposés tels que : le test de Denver, Mac Arthur Communicative Developmental Inventory, l'échelle de Brunet-Lézine, Ages And Stages Questionnaires, Bayley Infant Neurodevelopmental Screen, le questionnaire PEDS.

Cependant il est souligné que le principal inconvénient est le temps et l'effort qu'ils nécessitent pour leur réalisation et interprétation. De ce fait ces instruments de dépistage restent très peu utilisés en pratique courante.

Des repères chronologiques sont décrits dans le nouveau carnet de santé édité en 2006 (17). Ces repères ont pour but de « mettre en valeur les observations des parents et de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé ». Cette volonté part de la constatation qu'il existe une réelle corrélation entre les inquiétudes parentales et la réalité d'un trouble du développement (14).

## **2.3 Un outil de dépistage : Ages Stages and Questionnaire (ASQ3)**

### 2.3.1 Présentation

Le test *Ages Stages and Questionnaire* a été publié pour la première fois en 1995 par Brookes Publishing (5). Il résulte de plusieurs années de travail, menées par des chercheurs de l'université de l'Oregon, dirigés par Diane Bricker. C'est en 2009 que la 3<sup>ème</sup> édition est éditée.

L'ASQ3 aborde 5 domaines : communication, motricité globale, motricité fine, résolution de problème et contact social. Le questionnaire peut être proposé chez les enfants de la naissance à 5 ans. Pour cela il existe 21 questionnaires : 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 et 60 mois. (Annexe 2)

- La 1<sup>ère</sup> étape consiste au remplissage du test par les parents. Il existe 6 questions pour chaque domaine. Trois réponses sont possibles : OUI – PARFOIS – PAS ENCORE. Cette étape dure 10 à 15 minutes.
- La 2<sup>ème</sup> étape concerne la cotation du test par le praticien. OUI compte 10 points, PARFOIS 5 points et PAS ENCORE 0 points. Ainsi pour chaque domaine, il est obtenu, en additionnant les points de chaque question, un score total. Les 5 scores totaux sont ensuite reportés sur le tableau de synthèse.
- La 3<sup>ème</sup> étape correspond à l'interprétation du test. Les scores sont comparés à des moyennes :

- Quand le score de l'enfant se situe dans la zone blanche ; le développement de l'enfant paraît adapté.
- Quand le score de l'enfant se situe dans la zone grise ; une surveillance est de rigueur.
- Quand le score de l'enfant se situe dans la zone noire ; des investigations complémentaires sont nécessaires.

Le test ASQ3 n'est pas un outil spécifique pour le dépistage de l'autisme. Cependant les questions portant sur la communication et le contact social peuvent permettre de recueillir les inquiétudes parentales orientant vers ce trouble. L'Agès and stages questionnaire : Social-emotional (ASQ : SE), publié en 2002, permet d'évaluer plus précisément le développement social et affectif (18).

### 2.3.2 Les études

L'ASQ3 a fait l'objet de nombreuses études qui lui accordent d'excellentes propriétés psychométriques.

Une étude réalisée en 2009, par les créateurs de l'ASQ3, s'est basée sur les données d'environ 18 000 questionnaires, collectés depuis 2004 (19). En ce qui concerne la validité du test, la sensibilité est estimée à 86.1% et la spécificité à 85.6%. Pour évaluer la fiabilité du test, 145 parents ont été invités à remplir le même questionnaire à deux reprises sur leur enfant à un intervalle de 2 semaines. La corrélation entre les deux questionnaires allait de 75 à 82%. Il a également été comparé les questionnaires remplis par les parents aux questionnaires remplis par des examinateurs formés sur un groupe de 107 enfants. La concordance entre les questionnaires était de 93%.

En 2006, une étude menée par le Dr Hix-Small, publiée dans *Pediatrics*, a pour but d'étudier la pertinence de l'utilisation du test ASQ3, au cours de l'examen systématique du 12<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> mois, sur un échantillon de 1428 enfants(20). Dans un premier temps, il était proposé aux parents de compléter le test ASQ3. Ensuite l'enfant bénéficiait d'une consultation avec le pédiatre, non informé du résultat du test. Le pédiatre devait conclure sur la présence ou pas de retards en fonction de son impression clinique. Les résultats de L'ASQ3 et du pédiatre diffèrent de manière significative. Parmi les enfants présentant un retard selon l'ASQ3, 65.7% n'avait pas été détecté par le pédiatre. Les 107 enfants, dont un retard avait été dépisté au terme de l'ASQ3 ou suite à la consultation avec le pédiatre ou les deux, ont bénéficié d'investigations



complémentaires. Au final parmi ces 107 enfants, 36% ont bénéficié d'un programme d'intervention précoce, 41% ont fait l'objet d'une surveillance et 23% ne présentait finalement pas de retard.

Le test ASQ3 a été comparé à plusieurs autres tests de développement. Une étude réalisée en 2013, publiée dans *Pediatrics*, compare la validité du test ASQ3 à celle du Bayley Scales of Infant and Toddler Developmental, third Edition (Bayley-III) chez des enfants nés à terme et des enfants prématurés (21). Ainsi 306 enfants ont bénéficié d'une part du test ASQ3 rempli par les parents et d'autre part du Bayley-III par un praticien formé. Les résultats des deux tests concordent de manière significative.

Le test ASQ3 a été traduit et validé dans plusieurs pays, notamment au Portugal (22), au Canada (23), en Corée (24), en Thaïlande (25), en Iran (26).

En France, le test ASQ3 est utilisé essentiellement lors de consultations spécialisées. Il n'existe pas d'études françaises sur ce test.

## 3 Matériel et méthode

### 3.1 Objectif – type d'étude

**L'objectif principal** est d'évaluer la faisabilité du test ASQ3 au cours d'une consultation de médecine générale avant d'envisager de développer sa pratique en soins primaires.

**L'objectif secondaire** est d'identifier les freins à l'utilisation du test ASQ3.

Pour cela nous avons mené une étude descriptive et transversale.

### 3.2 Méthodologie

#### 3.2.1 Population

##### *Les médecins*

Pour cette étude, il a été inclus 45 médecins généralistes Aveyronnais. Ces derniers ont été recrutés à l'occasion de quatre soirées de Formation Médicale Continue en Avril 2015 : Villefranche – Decazeville, Rodez, Ségala et Nord Aveyron.

##### *Les patients*

Il a été inclus des enfants âgés de 23 à 25 mois et 15 jours en vue de l'examen systématique des 2 ans, après obtention du consentement des parents.

Nous avons choisi l'examen du 24<sup>ème</sup> mois pour deux raisons :

- La première : il est capital de dépister les anomalies du développement avant l'âge scolaire (3 ans) afin d'appliquer un traitement efficace et précoce (2) (16) (27) (28) (29).
- La deuxième : l'examen des 2 ans est formalisé par la rédaction d'un certificat obligatoire. Après cet examen, le taux de couverture des examens systématiques diminue considérablement (30).

### 3.2.2 Protocole

#### ➤ Formation des médecins généralistes

Avant de débiter l'étude nous avons organisé une formation à l'utilisation du test ASQ3. Elle a consisté en une présentation orale d'environ 10 minutes, lors de soirées de formation médicale continue. Une fiche d'information écrite a également été laissée à disposition des médecins généralistes pendant toute la durée de l'étude (annexe 3).

Il a été ainsi remis aux médecins, acceptant de participer à l'étude, cinq exemplaires du test ASQ3 (annexe 2). La version française du test ASQ3 nous a été fournie par le réseau P'titMip.

#### ➤ Utilisation du test ASQ3 par les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont eu une période de 6 mois, de mai à octobre 2015, pour utiliser le test ASQ3.

Deux relances ont été effectuées ; une par mail, l'autre par téléphone.

#### ➤ Evaluation de la faisabilité par les médecins généralistes

Au cours de l'étude, pour chaque patient, le médecin devait préciser s'il pensait avant de réaliser le test, que son patient présentait des difficultés et si la réalisation du test avait orienté différemment sa prise en charge.

Au terme des 6 mois, en novembre 2015, le questionnaire remis aux médecins généralistes comportait 19 questions, divisées en 3 sections (annexe 4).

La première partie permettait de recueillir les caractéristiques de la population interrogée. La deuxième s'intéressait au déroulement du test : prise de temps, coopération du secrétariat, difficultés rencontrées... La troisième concernait l'avis des médecins par rapport à la faisabilité et l'utilité du test ASQ3 en médecine générale.

### 3.2.3 Critères de jugement

Le critère principal de jugement de notre étude est la faisabilité du test ASQ3.

Les critères secondaires sont :

- Le temps de réalisation du test
- L'acceptabilité par le patient ; taux de refus.
- L'intérêt ressenti des médecins généralistes face au test ASQ3
- La concordance entre le ressenti du médecin et les scores obtenus à l'ASQ3
- L'impact du résultat ASQ3 sur la prise en charge du patient

### 3.3 Analyse statistique

Les données ont été saisies et analysées informatiquement avec le logiciel Excel. Il s'agit d'une analyse descriptive univariée des variables quantitatives et d'une présentation des données qualitatives.

Le test exact de Fisher a permis de tester l'indépendance des variables étudiées. Ce test a été réalisé à l'aide du logiciel XLSTAT. Le degré de significativité retenu était de 0.05 pour l'ensemble des analyses.

## 4 Résultats

### 4.1 Participation à l'étude

Au total, 45 médecins généralistes ont été sollicités à l'issue des quatre soirées de formation continue. A la clôture du recueil de données, 25 réponses aux questionnaires ont été obtenues : le taux de réponse est de 56% (25/45).

Chaque médecin généraliste a en moyenne rempli trois tests ASQ3. Nous n'avons pu récupérer seulement 51 d'entre eux.

### 4.2 Caractéristiques de la population des médecins

#### 4.2.1 Caractéristiques démographiques

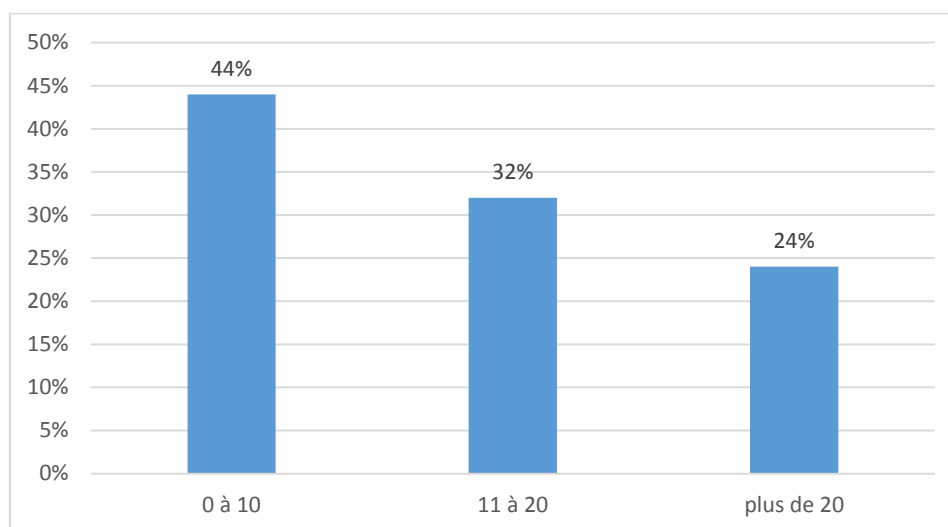
La moyenne d'âge des participants est de 48 ans +/- 11. L'âge maximum des participants est de 67 ans, et l'âge minimum est de 30 ans. Il s'agit en majorité d'hommes (64%). Le type d'exercice est principalement un exercice rural (48%). Les médecins possèdent majoritairement un secrétariat classique (92%).

Caractéristiques	Nombre ou moyenne	Pourcentage
Age	48	-
Sexe		
Femme	9	36 %
Homme	16	64 %
Milieu d'exercice		
Rural	12	48 %
Semi-rural	10	40 %
Urbain	3	12 %
Type de secrétariat		
Classique	23	92 %
Téléphonique	1	4 %
Aucun	1	4 %

*Tableau 1 : Caractéristiques des médecins*

#### 4.2.2 Activité pédiatrique

14 (56%) médecins interrogés consultent plus de 10 enfants de moins de 5 ans par semaine.



**Figure 1 : Répartition des médecins en fonction du nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans par semaine**

14 (56%) médecins effectuent des consultations dédiées au suivi et dépistage des enfants, dont le temps moyen est de 30 minutes.

22 (88%) médecins utilisent le carnet de santé comme support pour évaluer le développement psychomoteur. 12 (48%) médecins utilisent d'autres supports.

<b>Supports utilisés</b>	<b>Effectif</b>
Carnet de santé	21
Site Padiadoc	10
Tableau du Pr Chaix	1
Baby sensory test	1
ERTL4	1
Test de Denver	1

**Tableau 2 : Supports utilisés par les médecins pour l'évaluation du développement**

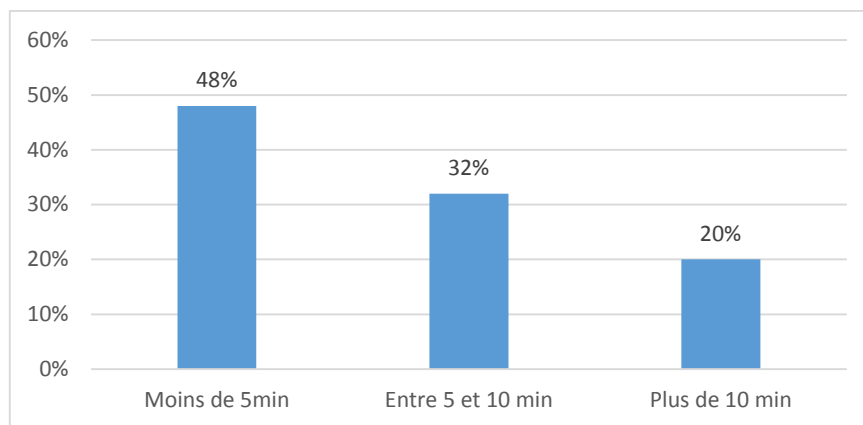
### 4.3 Faisabilité du test ASQ3

#### 4.3.1 Formation

Seul 3 (12%) médecins connaissaient le test ASQ3. Pour 22 (88%) médecins, la présentation orale du test ASQ3 est suffisante pour pouvoir l'utiliser par la suite.

#### 4.3.2 Temps

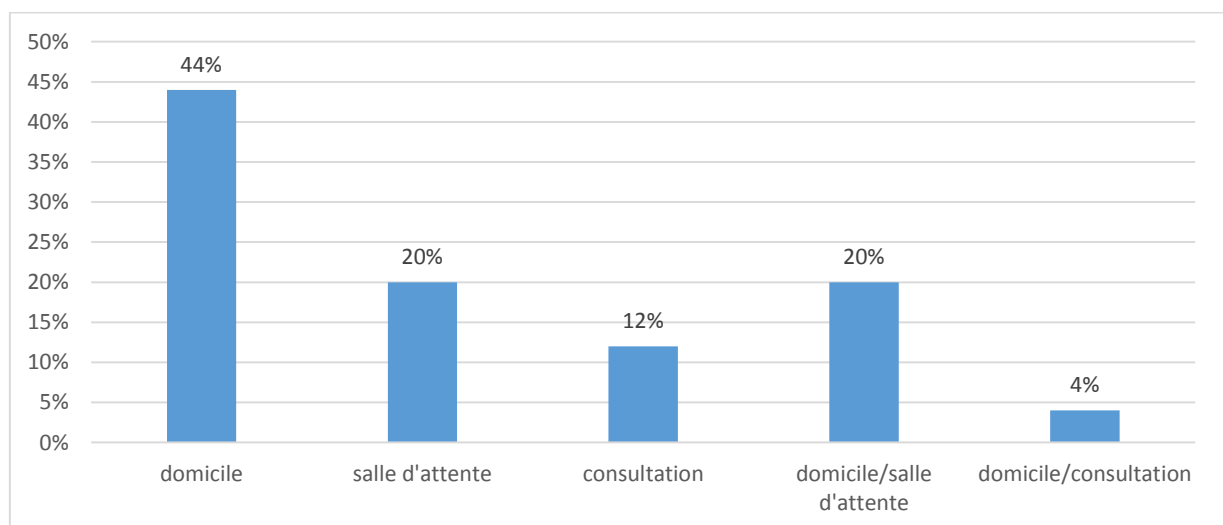
12 (48%) médecins ont réalisé le test en moins de 5 minutes. Pour 22 (88%) médecins, ce temps de réalisation est adapté à une consultation.



*Figure 2 : Répartition des médecins en fonction du temps de cotation du test*

#### 4.3.3 Organisation

Le domicile représente le moment de remplissage du test par les parents le plus fréquent.



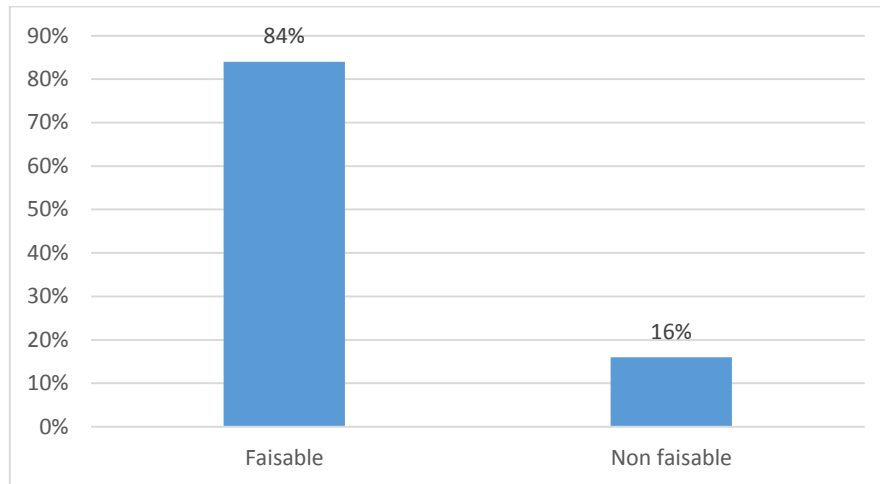
*Figure 3 : Répartition des médecins en fonction du moment de remplissage du test*

10 (40%) médecins ont fait appel au secrétariat pour distribuer les tests aux parents.

#### 4.3.4 Faisabilité

D'après 21 (84%) médecins, le test est faisable en consultation de médecine générale.

Pour autant, 9 médecins ont rencontré des difficultés.



**Figure 4 : Répartition des médecins en fonction de la faisabilité du test, possible ou non, en consultation de médecine générale**

<b>Difficultés rencontrées</b>	<b>Effectif</b>
Manque de temps	2
Salle d'attente non adaptée pour remplissage du test par les parents	3
Anticipation du motif de consultation afin de distribuer le test préalablement	3
Absence de cotation	1

**Tableau 3 : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes**

#### 4.3.5 Acceptabilité

23 (92%) médecins n'ont rencontré aucun refus des parents. 2 médecins ont rencontré chacun 1 refus.



#### 4.3.6 Intérêt ressenti

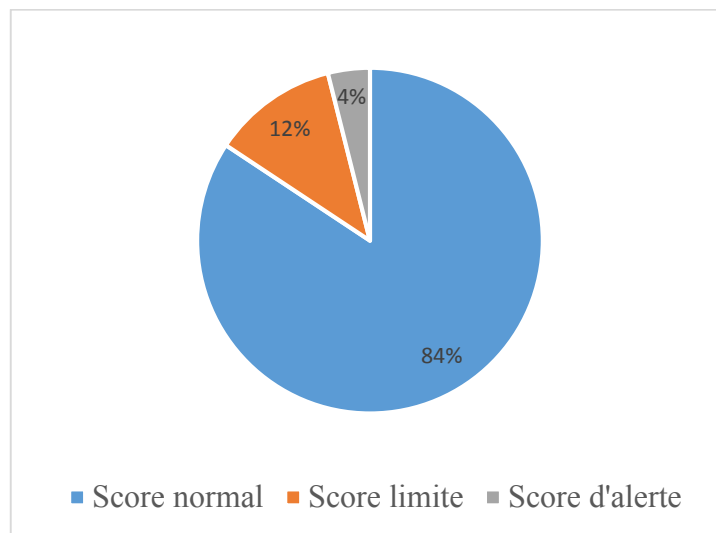
22 (88%) médecins pensent que le test améliore la communication médecin/parents.

23 (92%) pensent également que le test améliore la qualité du dépistage des troubles du développement psychomoteur.

#### 4.4 Résultats du test ASQ3

Avec 26 retours de questionnaires, nous avons récupéré 51 tests ASQ3.

##### ➤ Communication



**Figure 5 : Répartition des scores obtenus pour le domaine communication**

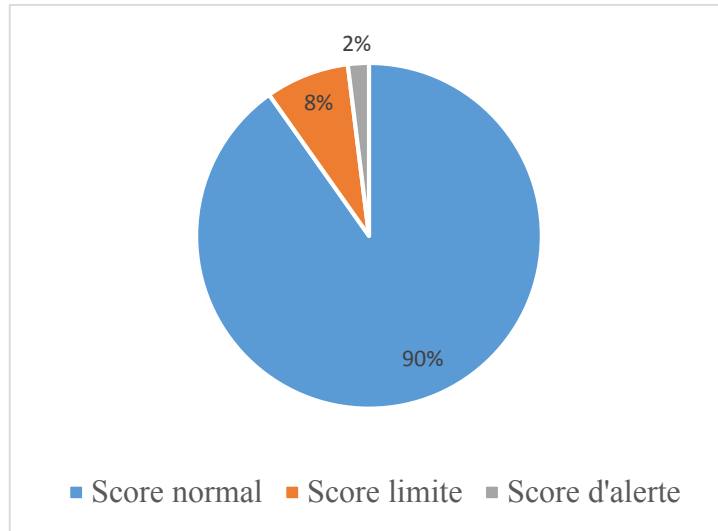
	Difficulté pressentie	Pas de difficulté pressentie	Ne se prononce pas	Total
Score normal	0	40	3	43
Score limite	0	5	1	6
Score d'alerte	1	1	0	2
Total	1	46	4	51

**Tableau 4 : Concordance entre le score obtenu au test et le ressenti du médecin pour le domaine communication**

Dans 80% des cas, le score obtenu à l'ASQ3 concordait avec le ressenti clinique du médecin.

Dans 12% des cas, l'ASQ3 a révélé un score limite ou d'alerte, alors que le médecin ne considérait pas de difficulté.

➤ Motricité globale



**Figure 6 : Répartition des scores obtenus pour le domaine motricité globale**

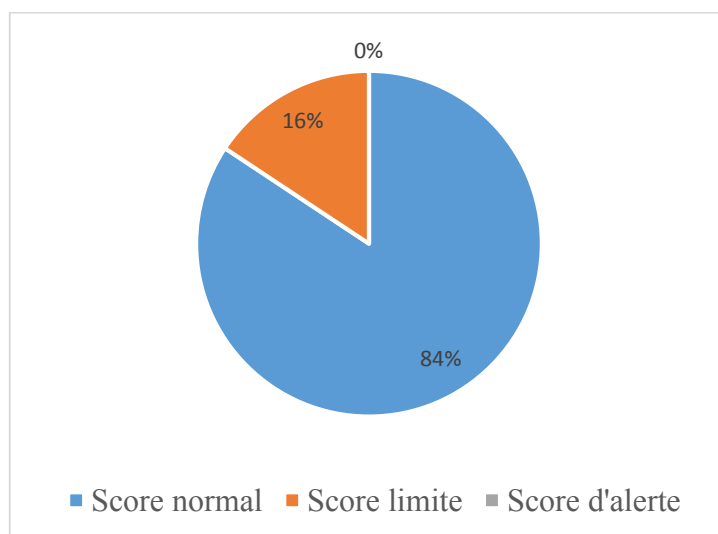
	Difficulté pressentie	Pas de difficulté pressentie	Ne se prononce pas	Total
Score normal	1	41	4	46
Score limite	0	4	0	4
Score d'alerte	0	1	0	1
Total	1	46	4	51

**Tableau 5 : Concordance entre le score obtenu au test et ressenti du médecin pour le domaine motricité globale**

Dans 80% des cas, le score obtenu à l'ASQ3 concordait avec le ressenti clinique du médecin.

Dans 10% des cas, l'ASQ3 a révélé un score limite ou d'alerte, alors que le médecin ne considérait pas de difficulté.

➤ Motricité fine



**Figure 7 : Répartition des scores obtenus pour le domaine motricité fine**

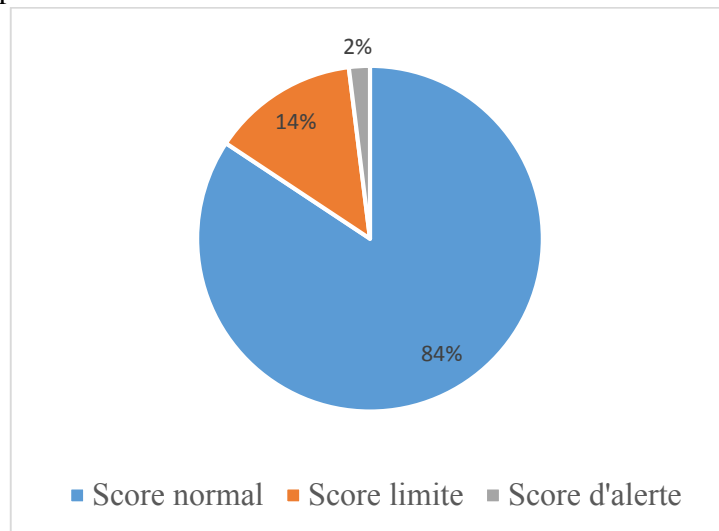
	Difficulté pressentie	Pas de difficulté pressentie	Ne se prononce pas	Total
Score normal	1	39	3	43
Score limite	0	7	1	8
Score d'alerte	0	0	0	0
Total	1	46	4	51

**Tableau 6 : Concordance entre le score obtenu au test et le ressenti du médecin pour le domaine motricité fine**

Dans 76% des cas, le score obtenu à l'ASQ3 concordait avec le ressenti clinique du médecin.

Dans 14% des cas, l'ASQ3 a révélé un score limite ou d'alerte, alors que le médecin ne considérait pas de difficulté.

➤ Résolution de problème



**Figure 8 : Répartition des scores obtenus pour le domaine résolution de problème**

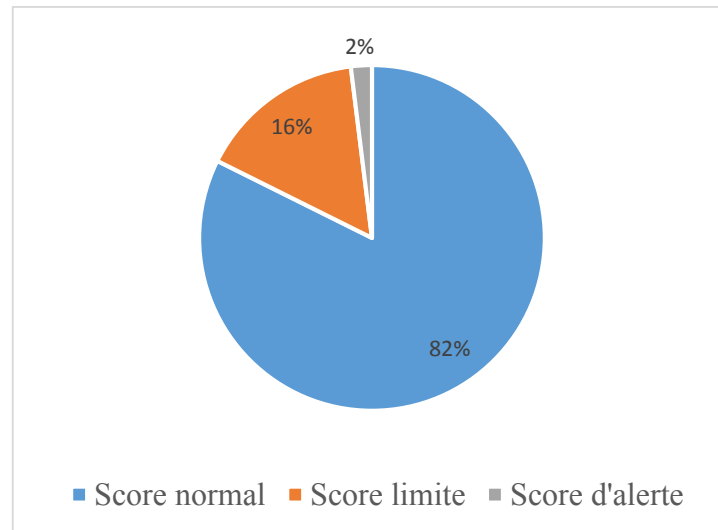
	Difficulté pressentie	Pas de difficulté pressentie	Ne se prononce pas	Total
Score normal	1	38	4	43
Score limite	0	7	0	7
Score d'alerte	0	1	0	1
Total	1	46	4	51

**Tableau 7 : Concordance entre le score obtenu au test et le ressenti du médecin pour le domaine résolution de problème**

Dans 75% des cas, le score obtenu à l'ASQ3 concordait avec le ressenti clinique du médecin.

Dans 16% des cas, l'ASQ3 a révélé un score limite ou d'alerte, alors que le médecin ne considérait pas de difficulté.

➤ Aptitudes individuelles et sociales



**Figure 9 : Répartition des scores obtenus pour le domaine aptitudes individuelles et sociales**

	Difficulté pressentie	Pas de difficulté pressentie	Ne se prononce pas	Total
Score normal	0	39	3	42
Score limite	1	6	1	8
Score d'alerte	0	1	0	1
Total	1	46	4	51

**Tableau 8 : Concordance entre le score obtenu au test et ressenti du médecin pour le domaine aptitudes individuelles et sociales**

Dans 78% des cas, le score obtenu à l'ASQ3 concordait avec le ressenti clinique du médecin.

Dans 14% des cas, l'ASQ3 a révélé un score limite ou d'alerte, alors que le médecin ne considérait pas de difficulté.

En ce qui concerne, l'influence du test ASQ3 sur la pratique du médecin généraliste ;

- Dans 5 cas (10%), le résultat de l'ASQ3 a modifié la prise en charge.
- Dans 2 cas (4%), le médecin n'a pas modifié sa prise en charge alors que le score d'un des domaines se trouvait dans la zone d'alerte.

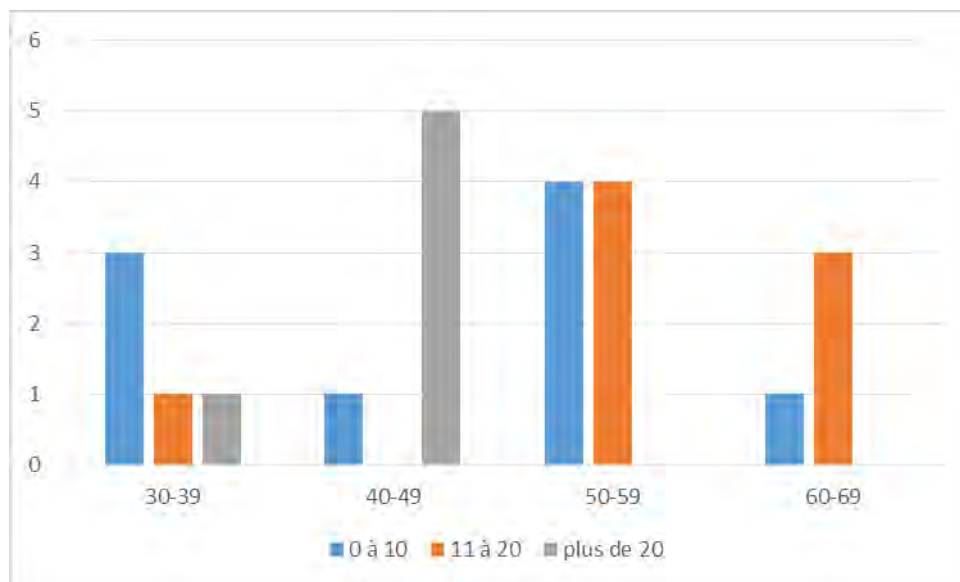
## 4.5 Etude analytique

Nous avons tenté de mettre en évidence si les déterminants tels que les données démographiques (âge, sexe, milieu d'exercice) des médecins, la présence d'un secrétariat, les caractéristiques de l'activité pédiatrique des médecins et la connaissance préalable du test ASQ3, influent sur la faisabilité du test, ainsi que la présence de difficulté.

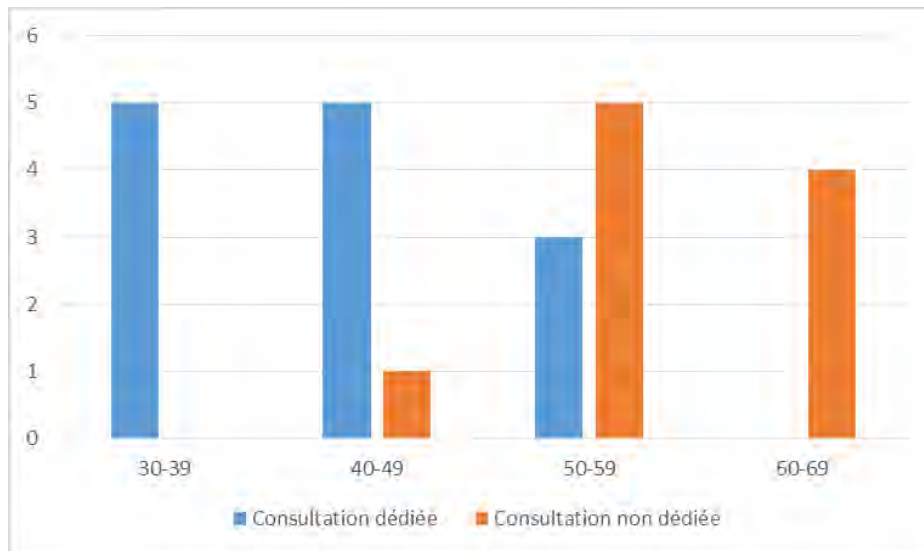
L'ensemble des résultats est présenté en annexe 5 et 6.

Nous retrouvons un lien significatif entre l'âge des médecins et la difficulté à utiliser le test ASQ3 ( $p=0.04$ ). Les médecins dans la tranche d'âge 40-50 ans n'ont présenté aucune difficulté. Cette même population de médecin (40-50 ans) effectue de manière significative un nombre plus important de consultations d'enfants de moins de 5 ans par semaine ( $p=0.009$ ) et de consultations dédiées pour le suivi des enfants ( $p=0.006$ ).

De la même façon, il existe une tendance à la significativité entre le nombre de consultation d'enfants de moins de 5 ans par semaine et la faisabilité du test ( $p=0.06$ ). Les médecins effectuant plus de 10 consultations d'enfants de moins de 5 ans par semaine ont conclu à l'unanimité à la faisabilité du test.



**Figure 10 : Répartition des médecins en fonction de leur âge et leur nombre de consultation d'enfants de moins de 5 ans par semaine**

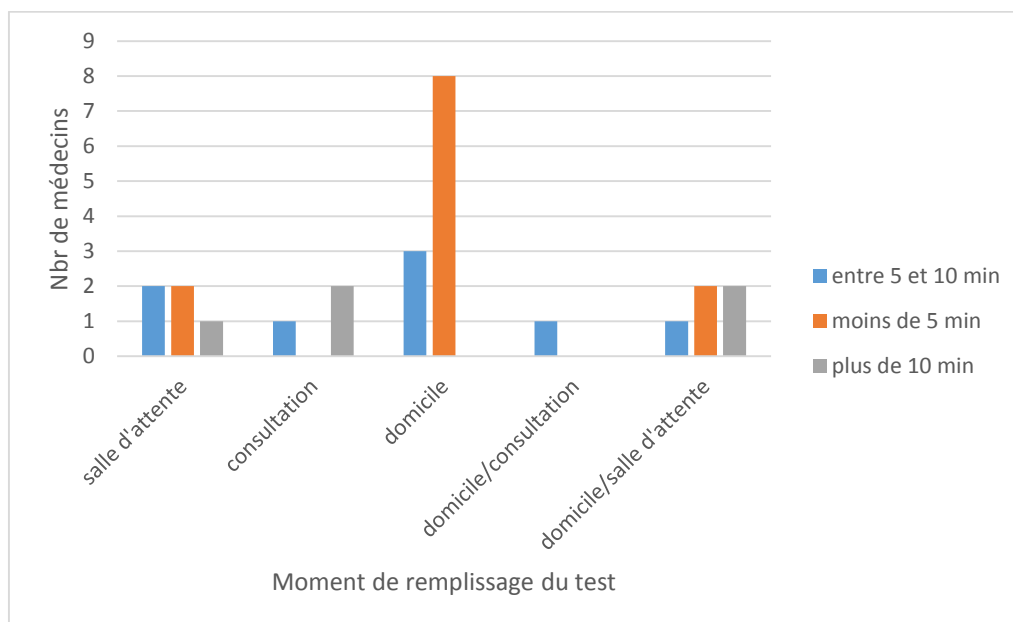


**Figure 11 : Répartition des médecins en fonction de leur âge et la réalisation de consultation dédiée**

Nous avons ensuite comparé le moment de remplissage du test et la coopération du secrétariat au temps de réalisation du test ASQ3.

Aucune corrélation n'a été établie entre la coopération du secrétariat et le temps de réalisation du test ( $p=0.43$ ).

Lorsque les médecins ont réalisé le test en moins de 5 minutes, le remplissage du test s'est réalisé dans 75% des cas à domicile. Le fait de faire remplir le test à domicile par les parents semble optimiser le temps de réalisation du test, avec une tendance à la significativité ( $p=0,11$ ).



**Figure 12 : Répartition des médecins en fonction du temps de réalisation du test et le moment de remplissage du test par les parents**

## 5 Discussion

### 5.1 Forces et limites de l'étude

Les travaux, étudiant les modalités du dépistage des anomalies du développement psychomoteur par les généralistes en France, sont peu nombreux (31) (32) (33) (34). Ceux-ci se sont intéressés aux outils dont ils disposent et la manière dont ils les utilisent.

Seule une minorité de médecins ont recours à des tests standardisés (31). Le carnet de santé reste un outil bien exploité (32).

Une étude publiée en 2010 (33), avait pour objectif de recueillir l'avis des médecins généralistes sur les recommandations émises par la HAS en 2005, concernant le dépistage recommandé chez l'enfant de 2 à 6 ans (annexe 7). Moins de la moitié des praticiens interrogés (43%) avaient eu connaissance des recommandations. C'est ainsi que seuls 20% des médecins avaient modifié leurs pratiques, trois années après la publication des recommandations. L'ensemble des recommandations portant sur le dépistage des troubles du développement a été considéré réalisable par plus de 74% des médecins. Cette étude met ainsi en évidence le manque de sensibilisation des médecins généralistes sur l'intérêt de certains actes de dépistage qui sont peu mis en pratique bien qu'ils soient considérés réalisables.

Les médecins se basent principalement sur leur sens clinique, les connaissances théoriques et l'expérience professionnelle (34). Les principales difficultés, rencontrées aux différentes étapes étaient : le manque de temps, le manque de rémunération spécifique, le manque de formation. Certains médecins formulaient le besoin d'outils de dépistage.

Ainsi notre problématique s'articule autour de ces diverses constatations. Nous avons proposé aux médecins généralistes un outil standardisé de dépistage afin de vérifier son applicabilité à la pratique quotidienne de médecine générale. Le taux de participation à l'étude (56%) est encourageant. Les médecins semblent réceptifs à la problématique du dépistage des troubles du développement.

A notre connaissance le test ASQ3 n'a jamais été testé en pratique quotidienne de médecine générale en France.

Notre étude n'avait pas pour but d'évaluer une prévalence des troubles psychomoteurs ni les propriétés psychomotrices du test ASQ3, l'échantillon de patients étant de petite taille et non représentatif de la population générale. De plus la validité du test ASQ3 a déjà été établie par plusieurs études.

Ce travail présente des limites, notamment un biais de sélection des médecins. En effet nous avons choisi de recruter et former les médecins présents lors des soirées de formation continue. L'échantillon n'est donc pas représentatif des médecins de Midi-Pyrénées car non aléatoire.

## **5.2 Principaux résultats**

Le test ASQ3 semble facilement utilisable par les médecins et leurs patients.

84% des médecins pensent que le test est faisable en pratique quotidienne. 92% n'ont rencontré aucun refus.

Pour 88% des médecins le temps de réalisation du test est adapté à une consultation de médecine générale. La moitié des médecins l'ont réalisé en moins de 5 minutes. Concernant les autres échelles de dépistage proposées par l'HAS (4), le temps approximatif de passation peut varier de 20 à 25 minutes pour le test de Denver (35) à plus d'une heure pour le test de Brunet Lézine (36). Le test ASQ3, reposant sur la participation initiale des parents, a donc l'avantage de nécessiter peu de temps au praticien.

L'utilisation du test ne nécessite pas de formation particulière. Notre présentation orale d'environ 10 minutes et la fiche de présentation écrite (Annexe 2) ont paru suffisante pour 88% des médecins.

Notre étude montre ainsi que le manque de temps et le manque de formation, évoqués à plusieurs reprises dans la littérature(33) (34), ne constituent pas des freins majeurs à l'utilisation du test ASQ3.

Néanmoins certaines modalités doivent être respectées :

Pour que le test ASQ3 soit réalisé dans de bonnes conditions, il doit être planifié.

Le remplissage du test par les parents pendant la consultation n'est pas adapté (pour 2/3 des médecins ayant fait ce choix, la réalisation du test a dépassé les 10 minutes).

Les parents doivent être informés au préalable qu'un questionnaire sera à remplir. Deux solutions peuvent leur être proposées : venir récupérer le test au préalable afin de le remplir à



domicile ou venir un quart d'heure avant le rendez-vous pour remplir le test dans la salle d'attente. Seulement 40% des médecins qui possédaient un secrétariat ont sollicité sa participation.

Trois médecins ont estimé que la salle d'attente n'était pas adaptée pour remplir le test. Le domicile permet de tester les enfants dans leur environnement, à la convenance des parents, à l'aide du jeu.

Nous avons été surpris de constater que les médecins âgés de 40 à 50 ans rencontraient de manière significative moins de difficultés que les autres. Ces médecins effectuent plus de consultations pédiatriques et y accordent plus de consultations dédiées. Cela traduit l'intérêt des médecins ayant une activité pédiatrique importante, pour recevoir une information sur des outils qui sont susceptibles de les aider dans une mission difficile : le dépistage des troubles du développement de l'enfant.

A contrario le manque de sensibilisation et de volonté peuvent constituer des obstacles à l'utilisation du test.

Dans 10 à 16% des cas, selon le domaine concerné, le test ASQ3 a révélé des anomalies, alors que le médecin ne considérait pas de difficultés. Ceci est confirmé par l'étude d'Hix-Small (19), qui montre une sous-évaluation par le jugement clinique en comparaison de l'utilisation de tests spécifiques.

La grande majorité des médecins reconnaissent les bénéfices du test ASQ3 à la fois pour le médecin et les patients. 92% des médecins pensent que le test améliore la qualité du dépistage des troubles du développement psychomoteur. 88% des médecins pensent aussi que le test améliore la communication médecin/parents. L'association du test ASQ3 à l'évaluation clinique permettrait d'augmenter l'efficacité du ressenti du médecin généraliste.

Dans 10% des cas, le résultat du test a modifié la prise en charge du médecin. Nous n'avons pas recueilli les modalités concrètes et pratiques des mesures prises par les médecins. Il serait intéressant de réaliser un travail ultérieur sur ce point. Dans 2 cas, le médecin n'a pas modifié sa prise en charge alors que le score d'un des domaines se situait dans la zone d'alerte.

Parmi les remarques apportées par les médecins, certaines soulignent le manque de réseaux référents. Un médecin a évoqué la peur de la stigmatisation de l'enfant présentant un retard. Un autre a mentionné l'absence de cotation spécifique. Certains doutent de la pertinence de l'évaluation des parents, qui auraient tendance à minimiser les difficultés. Les études prouvent au contraire que l'interrogation des parents est un moyen de dépistage essentiel (14)(37).

### 5.3 Perspectives

Dans le but d'homogénéiser les pratiques de dépistage des troubles du développement et assurer une prise en charge reproductible pour tous les enfants, l'utilisation d'outils standardisés, tel que l'ASQ3, devrait être proposé à tous les enfants. L'examen du 24<sup>ème</sup> mois est l'occasion de mettre en œuvre de manière précoce et systématique ce dépistage.

La formation et la sensibilisation des médecins est indispensable. L'accent doit également être porté sur la formation initiale des futurs médecins.

Les praticiens doivent pouvoir accéder facilement et gratuitement au test. Actuellement le test ASQ3 est disponible sur le site P'titMip (38), uniquement pour les professionnels. Le site officiel du test ASQ3 propose l'utilisation du test en ligne, à la fois pour les parents et les professionnels (39). Néanmoins la version française n'est pas disponible et un abonnement annuel s'élevant à 150 dollars est nécessaire.

40% des médecins ayant participé à l'étude utilisent le site PEDIADOC (40). Ce dernier pourrait être un moyen de diffuser le test ASQ3 et les modalités de sa passation à l'examen du 24ème mois.

Ensuite l'utilisation du test en pratique requiert de l'organisation. Il est nécessaire de consacrer des consultations dédiées au dépistage et au suivi des enfants. L'anticipation du motif de consultation afin de distribuer le test est indispensable. La contribution du secrétariat est une solution.

Les parents doivent être également informés et préparés. Le dépistage n'est rendu possible que grâce à leur participation active.

La création d'une cotation spécifique dans la nomenclature permettrait de valoriser le temps investi par les praticiens.

Les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (41), exerçant dans les maisons de santé pluridisciplinaire, peuvent également être sollicités. En effet leur objectif est de favoriser la qualité et l'efficacité des soins de premiers recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Enfin le médecin généraliste doit être en mesure de donner un sens et une réponse aux résultats obtenus. Il faut bien rappeler que l'ASQ3 est un test à visée de dépistage et

d'orientation, et non à visée diagnostique. En effet la synthèse des résultats du test ASQ3, s'accompagne d'une interprétation des scores, et, des recommandations de suivi (Annexe 3). Lorsque le score de l'enfant se situe dans la zone grise, soit près de la limite, il est recommandé de proposer des activités éducatives et de surveiller. Il semble que le praticien ait besoin d'informations plus concrètes et précises, concernant les délais de surveillance et le type d'activité à proposer en fonction du domaine concerné. Le site officiel du test ASQ3 propose des activités d'apprentissage (38), mais une fois encore payantes et non traduites en français.

De nouveaux travaux pourraient être envisagés afin de proposer aux médecins des algorithmes de prise en charge. Le site PEDIADOC peut à nouveau être le moyen de diffuser ces informations.

Lorsque le score de l'enfant se situe dans la zone noire, soit la zone d'alerte, une évaluation complémentaire peut être nécessaire. Dans ce cas, l'orientation des enfants vers une consultation de développement spécialisée, dans un délai adapté, peut être problématique. L'idée d'un réseau référent impliquant généralistes et pédiatres pourrait être amenée à se développer.

## 6 Conclusion

Cette première étude de l'ASQ3, dans le cadre de premier recours en France, nous permet d'entrevoir son usage par les médecins généralistes. Il a été jugé faisable et utile par une majorité de ces derniers. Son utilisation requiert une organisation acceptable en pratique quotidienne. L'ASQ3 a également reçu un bon accueil auprès des parents.

Cet outil standardisé apporte certaines réponses aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour le dépistage des troubles du développement psychomoteur, concernant :

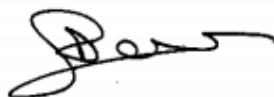
- La mise en évidence d'une anomalie de manière précoce.
- L'homogénéisation des pratiques.
- La communication avec les parents.

Certaines stratégies doivent être développées :

- La sensibilisation des médecins généralistes à la prise en charge précoce des troubles du développement psychomoteur.
- La mise en place d'un accès rapide et gratuit au test à la fois pour le praticien et les parents.
- La mise en place d'une rémunération spécifique afin d'assurer sa valorisation.
- L'élaboration d'algorithmes de prise en charge en fonction des résultats obtenus.
- Le développement de réseaux fonctionnels et réactifs permettant le suivi des enfants dépistés et leur éventuelle prise en charge.

Toulouse, le 4 mars 2016

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIE



Dr. Y. CHAIX  
Neurologie  
Hôpital des Enfants  
C.H.U. Toulouse



## 7 Bibliographie

1. Franc C., Le Vaillant. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans. DREES 2007.
2. King TM, Glascoe FP. Developmental surveillance of infants and young children in pediatric primary care. *Curr Opin Pediatr.* déc 2003;15(6):624-9.
3. 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. *Pediatrics.* févr 2004;113(2):274-82.
4. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans. In: Haute Autorité de Santé. 2005. p. 1-16.
5. ASQ-3™ [Internet]. Brookes Publishing Co. [cité 14 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.brookespublishing.com/resource-center/screening-and-assessment/asq/asq-3/>
6. Société Française de Médecine Générale : Typologie des consultations en médecine générale [Internet]. [cité 14 déc 2015]. Disponible sur: [http://www.sfmng.org/publications/les\\_theses/les\\_theses/typologie\\_des\\_consultations\\_en\\_medecine\\_generale.html](http://www.sfmng.org/publications/les_theses/les_theses/typologie_des_consultations_en_medecine_generale.html)
7. ICD-10 Version:2016 [Internet]. [cité 15 déc 2015]. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F83>
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 2013.
9. Shevell M, Ashwal S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology.* 11 févr 2003;60(3):367-80.
10. Francoeur E, Ghosh S, Reynolds K, Robins R. An international journey in search of diagnostic clarity: early developmental impairment. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* mai 2010;31(4):338-40.
11. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Synthèse et recommandations. Expertise collective. 2004.
12. Ancel P-Y, Goffinet F, EPIPAGE-2 Writing Group, Kuhn P, Langer B, Matis J, et al. Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011: results of the EPIPAGE-2 cohort study. *JAMA Pediatr.* mars 2015;169(3):230-8.
13. Pediatrics AA of, others. Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics.* 2001;108(1):192-6.

14. Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clin Pediatr (Phila)*. mars 2003;42(2):133-8.
15. Bethell C, Peck C, Schor E. Assessing Health System Provision of Well-Child Care: The Promoting Healthy Development Survey. *Pediatrics*. 5 janv 2001;107(5):1084-94.
16. Mackrides PS, Ryherd SJ. Screening for developmental delay. *Am Fam Physician*. 1 sept 2011;84(5):544-9.
17. Direction générale de la santé. Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant. Guide à l'usage des professionnels de santé. 2006.
18. ASQ:SE-2 [Internet]. Ages and Stages. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://agesandstages.com/products-services/asqse-2/>
19. Squires JT, Bricker D, Potter L. Excerpts from ASQ-3 User's Guide. Brookes Publishing Co. Inc; 2009.
20. Hix-Small H, Marks K, Squires J, Nickel R. Impact of Implementing Developmental Screening at 12 and 24 Months in a Pediatric Practice. *Pediatrics*. 8 janv 2007;120(2):381-9.
21. Schonhaut L, Armijo I, Schönstedt M, Alvarez J, Cordero M. Validity of the ages and stages questionnaires in term and preterm infants. *Pediatrics*. mai 2013;131(5):e1468-74.
22. Lopes S, Graça P, Teixeira S, Serrano AM, Squires J. Psychometric properties and validation of Portuguese version of Ages & Stages Questionnaires (3rd edition): 9, 18 and 30 Questionnaires. *Early Hum Dev*. 7 juill 2015;91(9):527-33.
23. Elbers J, Macnab A, McLeod E, Gagnon F. The Ages and Stages Questionnaires: feasibility of use as a screening tool for children in Canada. *Can J Rural Med Off J Soc Rural Physicians Can J Can Médecine Rurale J Off Société Médecine Rurale Can*. 2008;13(1):9-14.
24. Kwun Y, Park HW, Kim M-J, Lee BS, Kim EA-R. Validity of the ages and stages questionnaires in Korean compared to Bayley Scales of infant development-II for screening preterm infants at corrected age of 18-24 months for neurodevelopmental delay. *J Korean Med Sci*. avr 2015;30(4):450-5.
25. Srinithiwat B, Ularntinon S. Concurrent validity of the Ages & Stages Questionnaires, Third Edition, Thai-version (ASQ-3 Thai) with the Denver Developmental Screening Test II (DDST-II) in developmental screening of 18, 24, and 30 months old children at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet*. juin 2014;97 Suppl 6:S6-13.
26. Vameghi R, Sajedi F, Kraskian Mojembari A, Habiollahi A, Lornezhad HR, Delavar B. Cross-Cultural Adaptation, Validation and Standardization of Ages and Stages Questionnaire (ASQ) in Iranian Children. *Iran J Public Health*. 2013;42(5):522-8.
27. Parry TS. The effectiveness of early intervention: a critical review. *J Paediatr Child Health*. oct 1992;28(5):343-6.

28. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J, et al. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *Am J Prev Med.* avr 2003;24(3 Suppl):32-46.
29. McCormick MC, Brooks-Gunn J, Buka SL, Goldman J, Yu J, Salganik M, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the Infant Health and Development Program. *Pediatrics.* mars 2006;117(3):771-80.
30. Santé de l'enfant - Propositions pour un meilleur suivi [Internet]. [cité 2 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000396/>
31. Brun A. Inventaire des outils standardisés de dépistage des anomalies du développement psychomoteur des enfants de moins de cinq ans [Enquête descriptive]. Montpellier; 2011.
32. 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]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2009.
33. Guillemet J-M, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. *J Pédiatrie Puériculture.* juin 2010;23(3):125-30.
34. Dutel E. Attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur chez l'enfant: étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
35. denver.jpg (Image JPEG, 1034 × 1388 pixels) - Redimensionnée (56%) [Internet]. [cité 13 févr 2016]. Disponible sur: <http://mg.liens.free.fr/Pediatrie/denver.jpg>
36. Brunet Lézine tableau synoptique - BLR.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2016]. Disponible sur: <http://mg.liens.free.fr/Pediatrie/BLR.pdf>
37. Glascoe FP. Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child Care Health Dev.* mars 2000;26(2):137-49.
38. Questionnaires ASQ | P'titMip [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ptitmip.fr/ASQ>
39. ASQ Online [Internet]. Ages and Stages. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://agesandstages.com/products-services/asq-online/>
40. Le suivi des enfants de 0 à 2 ans | PEDIADOC [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://pediadoc.fr/>
41. Editorial du Directeur de la Sécurité sociale [Internet]. [cité 13 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Editorial-du-Directeur-de-la-S.125999.0.html>

## 8 Annexes

### Annexe 1 : Principaux éléments à rechercher selon l'expertise Inserm, 2004

**Tableau I. Principaux éléments à rechercher selon l'expertise de l'Inserm, 2004 (4).**

---

#### **Motricité**

Renforcement du tonus axial dans un sens céphalo-caudal, les acquisitions motrices progressent de façon descendante  
Contrôle de la tête à 3 mois  
Station assise avec appui latéral des mains à 6 mois  
Station assise sans appui à 7-9 mois  
Station debout avec appui à 9 mois  
Station debout sans soutien à 10-12 mois  
Marche autonome à 12-18 mois  
Monte les escaliers à 18 mois, court, saute sur deux pieds

#### **Préhension**

3 mois : préhension au contact  
4-5 mois : préhension active et volontaire de l'objet (cubiot-, digito-, puis radio-palmaire)  
6 mois : passe d'une main à l'autre  
9 mois : opposition pouce-index  
12 mois : manipulation plus fine (pastille dans une bouteille)  
18 mois : tour de 3 cubes, commence à manger seul  
24 mois : tour de 6-8 cubes, tourne les pages d'un livre  
36 mois : se déshabille seul, déboutonne, mange seul

#### **Langage**

Gazouillis-voyelles à 3 mois  
Gazouillis-consonnes à 6 mois  
Papa-maman non spécifique à 8 mois  
Papa-maman approprié à 10 mois  
Jargon et 3 mots à 14-15 mois  
Nomme les 5 parties du corps à 18 mois  
18-24 mois : explosion lexicale, reproduit sons et rythme  
Vocabulaire de 50 mots à 24 mois, phrases de 2-3 mots, « je-tu-moi »

#### **Interactions sociales**

0-3 semaines : fixe le regard  
6 semaines-3 mois : sourire social (« réponse »)  
3-6 mois : sourire sélectif, rire aux éclats à 4 mois  
7-8 mois : répond à son prénom  
8-9 mois : peur de l'étranger, permanence de l'objet  
20 mois : accès à la notion de symbolique  
24 mois : « oui-non », obéit à un ordre simple, « jeu parallèle »

---



## Annexe 2 : Test ASQ3 du 24<sup>ème</sup> mois

### Questionnaire ASQ3 - 24 mois

de 23 mois à 25 mois 15 jours

Ce questionnaire fait partie de l'évaluation des 24 mois concernant votre enfant. Il vise à vous permettre de nous décrire, dans les activités réalisées à la maison, les capacités de votre enfant. Vous pourrez interroger le médecin rencontré pour la visite des 24 mois sur les réponses qui vous semblent poser des problèmes. De même, n'hésitez pas à discuter les résultats avec le médecin. Lors de la visite, son examen complétera vos observations, pour arriver à une évaluation complète.

#### Renseignements sur l'enfant

Nom

Prénom

Date de naissance

Garçon

Fille

#### Coordonnées des parents

Nom

Prénom

Adresse

Personne remplissant le questionnaire : père , mère , autre : .....

**Questionnaire à remettre au médecin lors de la consultation de suivi.**

Vous trouverez dans les pages suivantes des informations sur les activités de votre enfant. Il a peut-être déjà réalisé certaines de ces activités, alors que ce n'est peut-être pas le cas pour d'autres. Pour chaque question, cochez la case correspondant à la situation : habituellement, parfois, pas encore.

#### Point importants à retenir

Essayez chaque activité avec votre enfant avant d'écrire une réponse

Faites de la passation de ce questionnaire une activité de jeu, distrayante pour votre enfant et vous.

Vérifiez que votre enfant est reposé et rassasié.

Les enfants de cet âge ne se montrent pas toujours coopératifs quand on leur demande de faire quelque chose. Il est possible que vous deviez vous y reprendre à plusieurs fois pour savoir si votre enfant est capable ou non de réaliser les activités suivantes. Si possible, essayez ces activités quand votre enfant est disposé à participer. Si il est habituellement capable de faire une activité mais qu'il refuse cette fois-ci, répondez "oui" à la question.




#### Notes

### Communication

	OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
1 Sans que vous lui montriez, votre enfant indique-t-il la bonne image quand vous lui dites : "Montre moi le petit chat!" ou "Où est le chien?". (Il suffit qu'une seule image soit correctement identifiée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
2 Votre enfant imite-t-il une phrase de deux mots? Par exemple, si vous dites : "Maman mange", "Papa joue", "Chat parti", votre enfant répète-t-il après vous ces mêmes deux mots? (Cochez "oui" même si ces mots sont difficiles à comprendre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
3 Sans lui donner d'indication en montrant du doigt ou avec des gestes, votre enfant peut-il suivre au moins trois de ces directives? <input type="checkbox"/> a. "Mets le jouet sur la table" <input type="checkbox"/> d. "va chercher ton manteau" <input type="checkbox"/> b. "Ferme la porte" <input type="checkbox"/> e. "Prends ta main" <input type="checkbox"/> c. "Apporte moi une serviette" <input type="checkbox"/> f. "Prends ton livre"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
4 Si vous montrez du doigt une image représentant un ballon (ou un chaton, une tasse, un chapeau, etc.) et demandez à votre enfant "Qu'est ce que c'est?", nomme-t-il correctement au moins l'une des images?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
5 Votre enfant dit-il deux ou trois mots à la suite, qui représentent différentes idées liées les unes aux autres, comme par exemple : "Regarde chien", "Maman maison" ou "Chat parti"? (Ne comptez pas les combinaisons de mots n'exprimant qu'une seule idée, comme par exemple : "Au revoir", "Plus là", "Très bien" et "Qu'est-ce que c'est?".) Veuillez donner un exemple des associations de mots que fait votre enfant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
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-il ou descend-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 lacet de chaussure ?

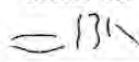

  

Score total pour la motricité fine

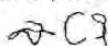
## Résolution de problèmes

1 Après avoir tracé devant lui une ligne de haut en bas d'une feuille de papier, avec un crayon (ou un pastel ou un stylo bille), votre enfant vous imite-t-il en traçant à son tour une ligne sur la feuille (peu importe sa direction)? Cochez "pas encore" si il gribouille dans tous les sens.

Cochez "oui"



Cochez "pas encore"



OUI PARFOIS PAS ENCORE

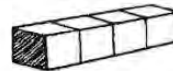
  

2 Votre enfant renverse-t-il intentionnellement une petite bouteille transparente pour en faire tomber un petit morceau de biscuit ou un Cheerios? Ne lui montrez pas comment. (Vous pouvez utiliser une bouteille en plastique ou un biberon).

3 Votre enfant joue-t-il à prendre certains objets pour d'autres? Par exemple, place-t-il une tasse près de son oreille en disant qu'il s'agit d'un téléphone? Se met-il une boîte sur la tête, pour imiter un chapeau? Utilise-t-il un cube ou un petit jouet pour mélanger la nourriture?

- 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). \_\_\_\_\_



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Score total pour la résolution de problèmes

### Aptitudes individuelles et sociales

- 1 Votre enfant boit-il à l'aide d'une tasse ou d'un verre, et le repose-t-il sans presque rien renverser? \_\_\_\_\_
- 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? \_\_\_\_\_
- 3 Votre enfant mange-t-il avec une fourchette? \_\_\_\_\_
- 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? \_\_\_\_\_
- 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? \_\_\_\_\_
- 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". \_\_\_\_\_

OUI	PARFOIS	PAS ENCORE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<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 :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
2 Pensez vous que votre enfant parle comme les enfants de son âge? Si non, pouvez vous expliquer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
3 Comprenez vous la plupart des choses que votre enfant dit? Si non, pouvez vous expliquer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
4 Pensez vous que votre enfant marche, court et grimpe comme les autres enfants de son âge? Si non, pouvez vous expliquer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
5 L'un des parents a-t-il des antécédents familiaux de surdité infantile ou des troubles d'audition? Si oui, pouvez vous expliquer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
6 Vous posez vous des questions sur la vision de votre enfant? Si oui, pouvez vous expliquer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
7 Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé au cours des derniers mois? Si oui, pouvez vous expliquer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
8 Vous posez vous des questions sur le comportement de votre enfant? Si oui, pouvez vous expliquer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
9 Quelque chose vous inquiète-t-il chez votre enfant? Si oui, pouvez vous expliquer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>





## Annexe 3 : Fiche d'information laissée aux médecins généralistes

### Etude de faisabilité du test ASQ3

Les troubles du développement constituent le handicap le plus difficile à reconnaître par le médecin. Or il s'agit d'un enjeu capital; une prise en charge précoce est un gage de réussite. Pour permettre à tous les enfants d'accéder à une même qualité de dépistage, la Haute Autorité de Santé préconise l'utilisation de tests standardisés. Parmi ces outils, le test parental ASQ3 présente d'excellentes propriétés psychométriques.

L'objectif de ma thèse est donc d'évaluer la faisabilité d'un test de dépistage des troubles du développement, tel que l'ASQ3, lors de l'examen systématique du 24<sup>ème</sup> mois de l'enfant, en pratique quotidienne de médecine générale.

#### 1/ Remplissage du test par les parents :

- Après obtention de leur accord
- En vue de la visite du 24<sup>ème</sup> mois ; à domicile ou dans la salle d'attente
- Pour les enfants âgés de 23 à 25 mois 15 jours
- 5 domaines évalués (communication, motricité globale, motricité fine, résolution de problème, contact social)
- 6 questions par domaine
- 3 réponses possibles : OUI/PARFOIS/NON
- Temps : 10-15 minutes

#### 2/ Cotation du test par le praticien :

- Au moment de la consultation.
- OUI = 10 points/ PARFOIS = 5 points/ NON = 0 point.
- Obtention d'un score total pour chaque domaine.
- Scores totaux à reporter dans le tableau.
- Temps : 2-3 minutes

#### 3/ Interprétation des scores :

- Zone blanche = développement adapté
- Zone grise = surveillance
- Zone noire = investigations complémentaires

Merci de bien vouloir conserver les tests réalisés que je récupérerai au terme de l'étude, soit dans 6 mois. Je vous ferai également parvenir un questionnaire, afin d'évaluer la faisabilité du test.

Si vous avez des questions vous pouvez me joindre au : 06 37 45 48 33 ou par mail : [laetitia.rouvelet@gmail.com](mailto:laetitia.rouvelet@gmail.com).

Merci de votre participation  
Laetitia Rouvelet

## Annexe 4 : Le questionnaire adressé aux médecins

### QUESTIONNAIRE MEDECIN

1. Vous êtes :

- un homme                       une femme

2. Votre âge :

.....  
.....

3. Milieu d'exercice :

- rural                       semi rural                       urbain

4. Vous disposez d'un :

- secrétariat classique       secrétariat téléphonique       pas de secrétariat

5. Nombre de consultation d'enfants de moins de 5 ans par semaine :

- 0 à 10                       11 à 20                       plus de 20

6. Consacrez-vous des consultations exclusivement pour le suivi et le dépistage des enfants de moins de 5 ans ? :

- oui                       non

Si oui, combien de temps consacrez-vous à cette consultation :

.....  
.....

7. Utilisez-vous le carnet de santé comme support pour évaluer le développement psychomoteur ? :

- oui                       non

8. Utilisez-vous d'autres supports (test de Brunet-Lézine révisé, pediadoc, ...) ? :

- oui                       non

Si oui, lesquels :

.....  
.....

9. Avant de participer à cette étude, connaissiez-vous le test ASQ3 ? :

- oui                       non

10. La présentation du test ASQ3 lors de la soirée FMC vous paraît-elle suffisante pour pouvoir utiliser le test par la suite ? :

- oui                       non

11. Globalement, combien de temps vous a pris la réalisation du test ASQ3 ? :

- moins de 5 minutes       entre 5 et 10 minutes       plus de 10 minutes

12. Ce temps vous paraît-il adapté ?

- oui                       non



**13. A quel moment avez-vous fait remplir le test aux parents ? :**

- à domicile                       dans la salle d'attente                       pendant la consultation

**14. Avez-vous sollicité la coopération du secrétariat pour la réalisation du test ? :**

- oui                                       non

**15. Pensez-vous que ce test est faisable en consultation de médecine générale ? :**

- oui                                       non

Si non, précisez pourquoi ?

.....  
.....  
.....

**16. Avez-vous rencontré des difficultés ? :**

- oui                                       non

Si oui lesquelles :

.....  
.....  
.....

**17. Avez-vous été confronté au refus de remplir le test par les parents ? :**

- oui                                       non

Si oui, combien de fois ?

.....  
.....

**18. Pensez-vous que le test ASQ3 améliore la communication médecin/parent ? :**

- oui                                       non

**19. Pensez-vous que le test ASQ3 améliore la qualité du dépistage des troubles du développement ? :**

- oui                                       non

**Annexe 5** : Comparaison des caractéristiques des médecins avec la présence de difficulté

Caractéristiques		Difficulté	Pas de difficulté	p (Fisher)
Sexe				
	Femme	4	5	0,67
	Homme	5	11	
Age				
	30-39 ans	3	2	0,04
	40-49 ans	0	6	
	50-59 ans	4	4	
	60-69 ans	0	4	
Milieu d'exercice				
	Rural	5	7	0,84
	Semi-rural	3	7	
	Urbain	1	2	
Secrétariat				
	Classique	1	0	0,12
	Téléphonique	7	16	
	Aucun	1	0	
Nombre de consultation				
	0 à 10	6	5	0,08
	11 à 20	3	5	
	plus de 20	0	6	
Consultation dédiée				
	Non	4	7	1,00
	Oui	5	9	
Utilisation carnet de santé				
	Non	1	2	1,00
	Oui	8	14	
Autres supports				
	Non	3	10	0,23
	Oui	6	6	
Connaissance ASQQ3				
	Non	9	13	0,28
	Oui	0	3	

## Annexe 6 : Comparaison des caractéristiques des médecins avec la faisabilité du test

Caractéristiques	Faisable	Pas faisable	p (Fisher)
<b>Sexe</b>			
Femme	8	1	1,00
Homme	13	3	
<b>Age</b>			
30-39 ans	4	1	0,57
40-49 ans	6	0	
50-59 ans	6	2	
60-69 ans	4	0	
<b>Milieu d'exercice</b>			
Rural	10	2	1,00
Semi-rural	8	2	
Urbain	3	0	
<b>Secrétariat</b>			
Classique	0	1	0,30
Téléphonique	20	3	
Aucun	1	0	
<b>Nombre de consultation</b>			
0 à 10	7	4	0,06
11 à 20	8	0	
plus de 20	6	0	
<b>Consultation dédiée</b>			
Non	9	2	1,00
Oui	12	2	
<b>Utilisation carnet de santé</b>			
Non	2	1	0,42
Oui	19	3	
<b>Autres supports</b>			
Non	12	1	0,32
Oui	9	3	
<b>Connaissance ASQQ3</b>			
Non	18	4	1,00
Oui	3	0	

## **Annexe 7 : Organisation et contenu des visites réservées aux dépistages entre deux et six ans recommandées par la HAS**

### **Consultation à 2 ans :**

Poids, taille, corpulence (IMC et recherche du rebond d'adiposité), périmètre crânien  
Développement psychomoteur  
Autisme  
Audition  
Vision  
Saturnisme

### **Consultation à 3 ans :**

Poids, taille, corpulence (IMC et recherche du rebond d'adiposité), périmètre crânien  
Développement psychomoteur  
Langage oral  
Vision

### **Consultation à 4 ans :**

Poids, taille, corpulence (IMC et recherche du rebond d'adiposité), périmètre crânien  
Développement psychomoteur  
Langage oral  
Audition  
Vision

### **Consultation à 5 ans :**

Poids, taille, IMC, périmètre crânien

### **Consultation à 6 ans, visite obligatoire réalisée en principe en médecine scolaire, conformément au Code de la santé publique :**

Poids, taille, corpulence (IMC), périmètre crânien  
Développement psychomoteur  
Langage oral et écrit  
Audition  
Vision

## ABSTRACT

### **Feasibility study of developmental problems screening, such as ASQ3, during the 24 month child's examination, in general practice.**

**Introduction :** Screening of developmental problems for a child is fraught with challenges. It is indeed an essential task. In fact an early intervention is the key to success. In an article published in 2005, by the French High Authority of Health, the use of standardized screenings is recommended.

**Materials and Methods :** We submitted the ASQ3, which is screened by the child's parents, to 45 Aveyron general practitioners. They prescribed this test in the case of the 24 month child's control. Thus we can estimate this feasibility in daily practice.

**Results :** The average participation is 56%. ASQ3 is possible for 84% general practitioners. Half general practitioners have finalized the test in less than 5 minutes. 88% general practitioners think this time fits an examination with them. For 10%, the result of the screening has modified the way to cure the patient.

**Conclusion :** So ASQ3 seems feasible during an examination at general practitioner's. Yet this use requires strategies to sensitize professionals and to capture parental assent. At the same time, it is essential to develop referenced networks.

**NOM :** ROUVELET

**PRENOM :** Laetitia

**TITRE DE LA THESE :** ETUDE DE FAISABILITE D'UN TEST DE DEPISTAGE DES TROUBLES DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, TEL QUE L'ASQ3, LORS DE L'EXAMEN SYSTEMATIQUE DU 24<sup>ème</sup> MOIS DE L'ENFANT, EN PRATIQUE QUOTIDIENNE DE MEDECINE GENERALE

Toulouse, le 22 mars 2016

---

**Résumé**

**Introduction :** Le dépistage des troubles du développement psychomoteur chez l'enfant est une tâche complexe. Or il s'agit d'un enjeu capital car une prise en charge précoce est un gage de réussite. La Haute Autorité de Santé a publié en 2005 des recommandations qui préconisent l'utilisation de tests standardisés. **Matériel et méthode :** Nous avons proposé l'ASQ3, test de dépistage parental, à 45 médecins généralistes de l'Aveyron. Ils ont fait passer ce test à leurs patients, à l'occasion de l'examen du 24<sup>ème</sup> mois, afin d'évaluer sa faisabilité en pratique quotidienne. **Résultats :** Le taux de participation est de 56%. Le test ASQ3 est faisable pour 84% des médecins. La moitié des médecins ont réalisé le test en moins de 5 minutes. 88% des médecins estiment ce temps adapté à une consultation de médecine générale. Dans 10% des cas, le résultat du test a modifié la prise en charge du patient. **Discussion :** L'ASQ3 semble donc réalisable au cours d'une consultation de médecine générale. Son utilisation nécessite néanmoins des stratégies pour sensibiliser les professionnels et obtenir la participation des parents. Il est également capital de développer des réseaux référents.

**Mots clés :** dépistage, développement psychomoteur, outil de dépistage, ASQ3, médecin généraliste.

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---

**Intitulé et adresse de l'UFR :** Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

**Directeur de thèse :** Docteur SEMET Jean Claude