

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Emilie ROBERT CHAMAND

Le 27 novembre 2023

MEMOIRE DE THESE DE :

**ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION ET DEPISTAGE CHEZ
L'ENFANT : CAS DE LA VISITE DE LA 6^{ème} ANNEE EN HAUTE-GARONNE**

Directrice de thèse : Dr Sonia PECASTAING-GOMEZ

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT

Monsieur le Professeur Yves CHAIX

Monsieur le Professeur Jordan BIREBENT

Madame le Docteur Sonia PECASTAING-GOMEZ

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
Mme BONGARD Vanina
M. BOUNES Vincent
Mme BOURNET Barbara
Mme CASPER Charlotte
M. CAVAIGNAC Etienne
M. CHAPUT Benoit
M. COGNARD Christophe
Mme CORRE Jill
Mme DALENC Florence
M. DE BONNECAZE Guillaume
M. DECRAMER Stéphane
Mme DUPRET-BORIES Agnès
M. EDOUARD Thomas
M. FAGUER Stanislas
Mme FARUCH BILFELD Marie
M. FRANCHITTO Nicolas
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio
Mme GASCOIN Géraldine
M. GUIBERT Nicolas
M. GUILLEMINAULT Laurent
M. HERIN Fabrice
M. LAIREZ Olivier
M. LEANDRI Roger
M. LOPEZ Raphael
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume
Mme MARTINEZ Alejandra
M. MARX Mathieu
M. MEYER Nicolas
Mme MOKRANE Fatima
Mme PASQUET Marlène
M. PIAU Antoine
M. PORTIER Guillaume
M. PUGNET Grégory
M. REINA Nicolas
M. RENAUDINEAU Yves
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline
Mme SAVAGNER Frédéric
M. SAVALL Frédéric
M. SILVA SIFONTES Stein
Mme SOMMET Agnès
M. TACK Ivan
Mme VAYSSE Charlotte
Mme VEZZOSI Delphine
M. YRONDI Antoine
M. YSEBAERT Loïc

Chirurgie infantile
Epidémiologie, Santé publique
Médecine d'urgence
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique
Radiologie
Hématologie
Cancérologie
Anatomie
Pédiatrie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et imagerie médicale
Addictologie
Chirurgie Plastique
Pédiatrie
Pneumologie
Pneumologie
Médecine et santé au travail
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie du dével. et de la reproduction
Anatomie
Maladies infectieuses, maladies tropicales
Gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Médecine interne
Chirurgie Digestive
Médecine interne
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Immunologie
Rhumatologie
Biochimie et biologie moléculaire
Médecine légale
Réanimation
Pharmacologie
Physiologie
Cancérologie
Endocrinologie
Psychiatrie
Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUDAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	esthétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREELUW Juliette	Cardiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Dermatologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Pneumologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Gériatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Bactériologie-Virologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Pharmacologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Pédiatrie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Ophthalmologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TREMOLLIÈRES Florence	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		Oto-rhino-laryngologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et biomédecine
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CURET Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAB Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULLAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

A Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Soyez assurée de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Yves CHAIX,

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en suis très reconnaissante.
Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jordan BIREBENT,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Dr Sonia PECASTAING-GOMEZ,

Merci Sonia d'avoir été à mes côtés tout au long de ce travail et tout au long de cette
année,
Merci pour ta confiance, ton aide précieuse et ta disponibilité à toute épreuve,
Merci d'être là aujourd'hui pour juger ce travail.

Au service de Médecine Scolaire,

Merci à toutes pour votre accueil si chaleureux,
Merci infiniment de m'avoir fait découvrir la médecine scolaire,
J'ai hâte de poursuivre ma route à vos côtés.

A Monsieur le Dr Thiébaud-Noël WILLIG,

Merci mille fois pour votre aide dans ce travail de thèse,
Merci pour ce semestre particulièrement riche tant sur le plan médical qu'humain.

Merci à tous les médecins qui m'ont accompagné au cours de mes études.

Sommaire

Liste des abréviations (par ordre alphabétique)	3
Introduction	4
Surpoids et obésité	5
Hypertension artérielle (HTA)	6
Carie précoce de l'enfant	6
Déformation du rachis	7
Examen des organes génitaux externes	8
Cryptorchidie.....	8
Puberté précoce.....	8
Trouble de la vision	9
Amblyopie	9
Strabisme	10
Troubles de la réfraction	10
Dyschromatopsies.....	11
Baisse d'acuité auditive	11
Troubles du neurodéveloppement	13
Trouble du développement intellectuel ou déficience intellectuelle	14
Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH)	15
Trouble du Spectre Autistique (TSA)	15
Trouble Spécifique du Langage Oral (TSLO)	16
Trouble Développemental de la Coordination (TDC)	16
Les Troubles Spécifiques des Apprentissages	17
Sommeil	17
Énurésie.....	17
Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)	18
Alimentation	18
Activité physique	19
Écrans	19
Saturnisme infantile	20

Vaccinations	21
Enfant en danger ou en risque de l'être, violence éducative ordinaire.....	21
Méthode	23
Schéma d'étude	23
Réglementation	23
Population	23
Période et méthode de recueil des données.....	24
Données recueillies	24
Analyse des données.....	25
Résultats	26
Discussion	36
Population étudiée	36
Nombre et durée de consultation	37
Examen clinique et examen psychomoteur	37
Dépistages visuels et auditifs	38
Retard de langage et décalage dans les apprentissages	39
Hygiène de vie	40
Violence.....	40
La complémentarité des acteurs	40
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	44
Annexes	49

Liste des abréviations (par ordre alphabétique)

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRIP Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
CSP Catégorie Socio-Professionnelle
DPO Délégué à la Protection des données
DSDEN Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale
DUMG Département Universitaire de Médecine Générale
GSM Grande Section de Maternelle
HCSP Haut Conseil de la Santé Publique
HTA HyperTension Artérielle
IMC Index de Masse Corporelle
MEN Médecin de l'Éducation Nationale
MG Médecin Généraliste
MT Médecin Traitant
OGE Organes Génitaux Externes
OMS Organisation Mondiale de la Santé
PA Pression Artérielle
RéPPOP Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
TDAH Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité
TDC Trouble Développementale de la Coordination
TND Trouble du NeuroDéveloppement
TSA Trouble du Spectre de l'Autisme
TSLE Trouble Spécifique du Langage Écrit
TSLO Trouble Spécifique du Langage Oral
PCO Plateforme de Coordination et d'Orientation
PMI Protection Maternelle et Infantile

Introduction

La prévention est définie en 1948 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Le dépistage « vise à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes à priori en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes apparents. L'objectif est de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression » (1).

En ce qui concerne le dépistage chez l'enfant, il est prévu par la loi des visites systématiques dont l'objectif est de dépister le plus tôt possible un éventuel trouble du développement ou une pathologie.

Historiquement, la protection de l'enfance débute en 1939 avec le « décret relatif à la famille et à la natalité française » du Code de la Famille. Cette loi s'inscrit dans un contexte de diminution de la natalité et de mortalité infantile importante (2). La Protection Maternelle et Infantile (PMI) a été créée peu après, en 1945 (3). La médecine scolaire débute quant à elle en 1946 avec un service d'hygiène scolaire qui assure un examen de santé au moment de l'entrée à l'école (à 6 ans), suivi d'examen de santé réguliers (4). Les 20 consultations obligatoires (dont une lors de la 6^{ème} année) telles que nous les connaissons datent de 1973 et sont inscrites dans le Code de la Santé Publique (5). Les dépistages et la prise en charge précoce des troubles sensoriels, des retards de langage, de l'obésité et du saturnisme font partie des 100 objectifs de santé publique fixés par la loi du 9 août 2004 (6).

Le but de la visite de la 6^{ème} année est de dépister un trouble avant l'entrée en école élémentaire pour éviter toute perte de chance pour l'enfant, notamment au niveau de la scolarité. C'est une visite obligatoire encadrée par l'article L. 2325.1 du Code de la santé publique et l'article L. 541.1 du Code de l'éducation. Cette visite peut être réalisée par différents spécialistes : le médecin traitant de l'enfant, médecin généraliste ou pédiatre, le médecin scolaire ou le médecin de PMI.

L'objectif principal de notre travail est d'analyser les pratiques des médecins en Haute-Garonne concernant la visite de la 6^{ème} année afin de déterminer la complémentarité des différents acteurs de soin et de prévention.

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence la diversité des pratiques en termes de matériels et techniques utilisés, et d'analyser les freins et leviers à la réalisation des différents dépistages.

Les éléments cliniques et sujets de prévention évoqués lors de cette visite sont détaillés ci-dessous. Ils sont repris dans l'ordre du questionnaire adressé aux médecins pour notre étude.

Surpoids et obésité

Définition : L'OMS définit le surpoids, pour les enfants de 5 à 19 ans, comme un Indice de Masse Corporelle (IMC) pour l'âge supérieur à un écart-type au-dessus de la médiane.

L'obésité est définie par un IMC pour l'âge supérieur à deux écarts-types au-dessus de la médiane (7).

Prévalence : d'après l'étude Esteban, en 2015, 17% des enfants de 6-17 ans étaient en surpoids, dont environ 4% qui étaient obèses, sans différence significative selon les classes d'âge ou le sexe. Cette prévalence est stable en comparaison des résultats obtenus 10 ans plus tôt grâce à l'étude ENNS-2006 (8). Par ailleurs, environ 12% des enfants de grande section de maternelle sont en surpoids ou obèses (9).

Intérêt du dépistage : à court terme les enfants obèses souffrent davantage de difficultés respiratoires, ont un risque plus élevé de fractures, d'hypertension artérielle, de résistance à l'insuline, ainsi que des conséquences psychologiques. A long terme, le risque d'obésité à l'âge adulte est majoré, avec une diminution de l'espérance de vie (par maladie cardiovasculaire, diabète, certains cancers) et une augmentation du risque d'incapacité, le plus souvent en lien avec des troubles musculosquelettiques (7).

La prise en charge repose sur l'orientation vers une équipe pluridisciplinaire. On peut proposer la Mission Retrouve ton Cap ou le Réseau de Prévention et de Prise en charge de

l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) selon l'âge de l'enfant et le degré de sévérité. Le logigramme de prise en charge figure en annexe 1. En parallèle de l'action de ces équipes le suivi au long court par le médecin traitant est bien évidemment indispensable.

Hypertension artérielle (HTA)

Définition : on parle de pré-HTA artérielle si la tension artérielle systolique ou diastolique moyenne est supérieure au 90° percentile pour l'âge et le sexe. On parle d'HTA si la tension artérielle systolique ou diastolique est supérieure au 95° percentile pour l'âge et le sexe (10). La tension artérielle doit être mesurée à 3 reprises et dans de bonnes conditions : en position allongée, au repos, avec un brassard de taille adaptée.

Quelques repères : à 5 ans le 90° percentile correspond à 103/63 pour le garçon et 104/64 pour la fille et à 6 ans le 90° percentile correspond à 105/66 pour le garçon et 105/67 pour la fille.

Prévalence : 4,3 % des enfants à 6 ans en 2015 dans le monde (11)

Intérêt du dépistage : Les conséquences de l'HTA peuvent être une cassure staturo-pondérale, des conséquences neurologiques (hypertension intracrânienne), cardiaques (hypertrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque), ophtalmologiques (rétinopathie hypertensive), et une insuffisance rénale ou hépatique (10).

Carie précoce de l'enfant

Définition : une ou plusieurs dents cariées, absentes pour raison carieuse, ou obturées, chez un enfant d'âge préscolaire. C'est une forme grave de la maladie carieuse. On observe une atteinte correspondant à l'ordre d'éruption des dents de lait : les surfaces lisses des incisives maxillaires sont atteintes en premier, puis les faces occlusales des molaires. Les incisives mandibulaires sont préservées ou atteintes plus tardivement car elles sont protégées par la barrière linguale et la salive (12). La carie précoce de l'enfant se développe si plusieurs facteurs sont réunis : des apports excessifs en sucre, des prises alimentaires fréquentes (grignotage la journée, biberons nocturnes), la présence de bactéries cariogènes (susceptibilité individuelle), brossage de dent insuffisant (12). Par

conséquent un brossage des dents deux fois par jour, supervisé par un adulte, avec un dentifrice fluoré adapté à l'âge, la limitation du grignotage, et la participation aux examens de prévention « M'T dents » (à partir de l'âge de 6 ans puis tous les 3 ans) constituent les principaux éléments de prévention de la carie dentaire (13).

Prévalence : la proportion d'enfants de 6 ans indemnes de carie varie de 50 à 70% selon les études, avec une grande disparité socioéconomique. En effet la prévalence de la carie dentaire est significativement plus importante chez les enfants en situation de précarité, scolarisés en ZEP (Zone d'Éducation Prioritaire), ou nés à l'étranger (13).

Intérêt du dépistage : prévenir les infections (cellulite, abcès), douleurs, difficultés alimentaires, troubles du sommeil, altération de la qualité de vie, nécessité d'extraction dentaire ou de soins sous anesthésie générale, perte prématurée des molaires et risque de trouble de l'occlusion, mauvaise santé buccodentaire à l'âge adulte (12).

Déformation du rachis

Définition : la déformation rachidienne à début précoce ou scoliose à début précoce est une déformation du rachis dans les trois plans de l'espace, frontal, sagittal, et transversal (par un mouvement associé de rotation des vertèbres sur elles-mêmes), dont l'angle de Cobb de la courbure principale est supérieur à 10°, et se développant avant l'âge de 10 ans. La gibbosité lors de l'antéflexion en est le signe pathognomonique (14,15).

Il ne faut pas confondre la scoliose avec l'attitude scoliotique qui est une déformation uniquement dans le plan frontal, par hypotonie ou inégalité des membres inférieurs (16).

L'examen debout permet d'apprécier une déformation dans le plan sagittal : une cyphose (augmentation de la cyphose thoracique) ou une hyperlordose lombaire. Dans ces deux cas il n'y a pas de gibbosité (14).

La scoliose n'est pas une contre-indication au sport et les habitudes de vie n'influencent pas son développement.

Prévalence : inconnue

Intérêt du dépistage : la prise en charge précoce permet d'éviter des douleurs sévères à l'âge adulte qui nécessiteront un traitement chirurgical lourd (16).

Examen des organes génitaux externes

Cryptorchidie

Définition : « testicule qui n'est pas palpable spontanément au fond de la bourse lors de l'examen clinique » (17)

Prévalence : 2,7 % des nouveau-nés à terme et 21 % des prématurés (17)

Intérêt de la prévention : la descente testiculaire se ne produit pas spontanément dans 1/3 des cas, un abaissement chirurgical avec orchidopexie est alors à réaliser dès l'âge de 2 ans car la position intra abdominale (37°) perturbe la spermatogénèse et entraîne un risque important de cancer du testicule (17).

Puberté précoce

Définition : développement pubertaire avant 8 ans chez la fille et 9 ans chez le garçon. Chez la fille c'est le développement mammaire qui marque le début de la puberté (pilosité pubienne puis axillaire dans un second temps), chez le garçon c'est l'augmentation de volume des testicules (>2,5 cm ou 4 ml). Elle s'accompagne d'une augmentation de la vitesse de croissance (18).

L'incidence de la puberté précoce centrale idiopathique est de 1300 nouveaux cas par an avec un sex-ratio de 10 filles pour 1 garçon (19).

Intérêt du dépistage : nécessité de rechercher une pathologie organique sous-jacente responsable de l'avance pubertaire (tumeur cérébrale notamment), et prévention des conséquences sur la croissance staturale et des conséquences psychologiques.

Trouble de la vision

L'acuité visuelle normale est de 1/10 à 3-4 mois, 2/10 à 6 mois, 4/10 à 1 an, 7/10 à 3 ans, et atteint 10/10 vers 5 ans. La vision du relief s'améliore jusqu'à 10 ans.

Les troubles de la vision concernent 1 enfant sur 7 (20).

Amblyopie

Définition : insuffisance uni ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles, non améliorables par une correction optique. Une autre définition est une baisse d'acuité visuelle avec une différence de 2/10° entre les deux yeux (20).

Les signes d'appel sont :

- Chez le nourrisson : absence d'intérêt pour les stimuli visuels, absence de poursuite oculaire, retard d'acquisition de la préhension volontaire.
- Chez le petit enfant : enfant qui se cogne ou tombe beaucoup, enfant particulièrement lent, maladroit, fatigable
- Chez l'enfant d'âge scolaire : plissement des yeux, gêne à la vision de loin, lecture trop rapprochée, confusion de lettres

Toute difficulté lors des tâches d'attention visuelle soutenue doit faire rechercher un trouble visuel.

L'amblyopie peut être *organique*, c'est-à-dire liée à une pathologie du globe oculaire (rétinoblastome, cataracte congénitale...) ou des paupières (ptosis...). Elle peut aussi être *fonctionnelle*, c'est-à-dire liée à un strabisme ou à un trouble de la réfraction. Ces anomalies empêchent le développement d'une vision binoculaire normale et donc de la vision du relief.

Prévalence : environ 3 % des enfants (20)

Intérêt du dépistage : la prise en charge est d'autant plus efficace qu'elle sera débutée jeune (avant 6-7 ans). Elle repose sur une correction optique et la pénalisation de l'œil

sain/dominant. L'absence de prise en charge adaptée et précoce entrainera un trouble de maturation du cortex visuel dont les séquelles seront irréversibles (20).

Strabisme

Définition : un strabisme est un trouble oculomoteur caractérisé par une déviation des axes visuels.

On distingue les *strabismes symptômes* des *strabismes maladies*.

Les *strabismes symptômes* sont la conséquence soit d'une paralysie oculomotrice (strabisme paralytique) soit d'une dysfonction sensorielle (strabisme sensoriel). Ils sont révélateurs d'une pathologie cérébrale (tumeur) ou oculaire (rétinopathie).

Les *strabismes maladies* ne sont pas la conséquence d'une pathologie de voisinage. Il s'agit de tous les autres strabismes. C'est un diagnostic d'élimination (21).

Prévalence : 5% des enfants

Intérêt du dépistage : un strabisme non traité entraîne une amblyopie dans plus de la moitié des cas (20).

Troubles de la réfraction

Ils concernent 20% de la population et sont en augmentation, surtout pour la myopie (20).

- Hypermétropie

Définition : la vision de près est floue, et pour voir de loin l'œil doit accommoder en permanence.

Elle est fréquente chez le jeune enfant jusqu'à 4-5 ans et s'améliore avec la croissance.

Intérêt du dépistage : dans le cas où elle est asymétrique et/ou forte et/ou non corrigée elle peut entraîner un strabisme par excès de convergence et/ou une amblyopie.

- Myopie

Définition : baisse de l'acuité visuelle de loin, la vision de près est nette.

Elle apparaît le plus souvent après l'âge de 9 ans. Elle est liée principalement au travail de près et à la vie en intérieur. Afin d'en limiter le risque il est recommandé de se tenir à plus de 30 cm de son livre ou de son écran, d'avoir un bon éclairage, de faire des pauses régulières, et de favoriser les activités extérieures pour profiter de la lumière du jour (protection à partir de 40 min par jour, idéalement 2 heures par jour).

Intérêt du dépistage : un dépistage précoce et une correction adaptée permettent de limiter l'évolution (22).

- Astigmatisme

Définition : l'œil astigmatique présente un défaut de sphéricité de la cornée et la réfraction est différente selon le plan duquel proviennent les rayons incidents. L'image d'un point devient deux lignes perpendiculaires, et donc est vu floue. La vision de près et de loin est floue (23).

Intérêt du dépistage : faciliter l'apprentissage de la lecture, limiter la fatigue visuelle

Dyschromatopsies

Définition : déficience de la vision des couleurs

On distingue les dyschromatopsies héréditaires (ou daltonisme), des dyschromatopsies acquises au cours d'une pathologie oculaire ou générale (diabète) (24).

Prévalence du daltonisme : 8% chez les hommes et 0,45% chez les femmes (24)

Intérêt du dépistage : adaptations pédagogiques, orientation scolaire et professionnelle (24)

Baisse d'acuité auditive

Définition : L'oreille normale perçoit les sons de 0 à 120 dB. On considère qu'un enfant de 6 ans entend bien s'il entend les fréquences conversationnelles (500, 1000, 2000 et 4000 Hertz) à 30 dB. Voilà quelques repères de niveaux sonores : voix chuchotée 35 dB, voix moyenne 55 dB et voix forte 70 dB (25)

On distingue différents niveaux de surdité :

- Légère : perte de 21 à 40 décibels (dB) : la voix faible est mal perçue, certains sons également, l'enfant présente un retard de langage
- Moyenne : perte de 41 à 70 dB : la parole forte est perçue, la parole normale peut être perçue mais n'est pas comprise, l'enfant présente des troubles importants du langage et de l'articulation
- Sévère : perte de 71 à 90 dB : la voix forte peut être perçue mais n'est pas comprise, aucun développement du langage n'est possible spontanément
- Profonde : perte supérieure à 90 dB : aucune perception de la parole (25)

Les signes cliniques d'une surdité sont peu spécifiques : absence d'intérêt pour les sons, retard de langage, trouble du comportement, difficultés dans les apprentissages, inquiétude parentale.

On distingue les surdités de transmission qui concernent l'oreille externe (pavillon et conduit auditif externe) des surdités de perception qui concernent l'oreille interne.

La surdité peut être congénitale, être la conséquence d'une infection in utero (rubéole, cytomégalovirus) ou de complications néonatales, faire suite à des infections (otites chroniques, méningites), des traumatismes (chocs, exposition à des sons forts, barotraumatisme) ou encore des traitements ototoxiques (26).

Prévalence : la prévalence de la surdité congénitale de perception moyenne à profonde est de 1,5/1000 en population générale, de 1% chez les nouveaux nés transférés en néonatalogie ou en réanimation et supérieure à 10% chez les prématurés nés avant 27 semaines d'aménorrhée (27).

15% des enfants auront une otite séromuqueuse persistante avant l'âge de 5 ans (25).

Selon l'OMS jusqu'à 60 % des cas de déficience auditive de l'enfant sont dus à des causes évitables (infections, complications néonatales...) (26).

Intérêt du dépistage : une déficience auditive non traitée retardera le développement du langage mais affectera aussi le développement intellectuel et social de l'enfant (28). Les principales causes curables de surdité sont le bouchon de cérumen et l'otite séromuqueuse. Le diagnostic d'une surdité profonde est souvent fait tôt, vers 12-18 mois, tandis que celui des surdités moyennes est souvent fait après 3 ans. Le diagnostic d'une surdité unilatérale ne peut se faire que chez un enfant suffisamment grand pour latéraliser le son lors d'une audiométrie, ce qui est le cas lors de la visite des 6 ans.

Troubles du neurodéveloppement

Définition : Les troubles du neurodéveloppement (TND) regroupent (29) :

- Trouble du développement intellectuel (ou déficience intellectuelle)
- Trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH)
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Troubles de la communication : trouble spécifique de langage oral (TSLO), trouble de la phonation, de la fluidité du langage, de la communication sociale.
- Troubles moteurs : trouble développemental de la coordination (TDC), tics, mouvements stéréotypés
- Troubles spécifiques des apprentissages : trouble spécifique du langage écrit (TSLE) qui comprend la lecture et l'expression écrite, déficit du calcul

Les différents TND peuvent s'associer entre eux. Les signes d'appel sont un décalage des acquisitions par rapport à l'âge, une régression ou une non-progression, une inquiétude parentale (29).

Les principaux facteurs de risque sont la prématurité, le retard de croissance intra-utérin ou un petit poids de naissance, toute souffrance neurologique anténatale ou périnatale, les anomalies de croissance cérébrale (macrocéphalie ou microcéphalie), les cardiopathies congénitales opérées, toute chirurgie majeure prolongée ou répétée, les expositions anténatales à des toxiques (alcool, médicaments...), les infections congénitales (rubéole, cytomégalovirus, toxoplasmose), les antécédents familiaux de TND au premier degré. De plus, un enfant ayant souffert de maltraitance ou négligence grave, témoin ou victime de violence intrafamiliale, ou vivant dans une famille en grande détresse socioéconomique (sans domicile fixe par exemple) sera à haut risque de TND, même s'il ne présente aucun des facteurs de risques cités ci-dessus (29).

Prévalence : les TND concernent 5% de la population, soit 35000 naissances/an (30).

Intérêt du dépistage (commun à tous les TND) : prise en charge précoce afin de réduire les risques d'échec scolaire et de difficultés professionnelles ou relationnelles (actuelles et futures).

Selon le niveau de risque de développer un TND, l'enfant est suivi dès la naissance en consultation spécialisée ou par son médecin traitant (Diagramme du parcours d'un enfant (0 à 7 ans) à risque de TND en annexe 2). Ce dernier procède lors de chaque consultation de dépistage à un examen clinique complet et utilise le carnet de santé ou une grille de repérage telle que « *Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans* » de la délégation interministérielle à l'autisme et aux troubles du neurodéveloppement (annexe 3) afin de déceler des signes d'appel de TND. En cas de signe d'alerte, il oriente l'enfant vers une consultation spécialisée en neurodéveloppement et met en place la rééducation. Pour ce faire, il peut inscrire l'enfant sur une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) lorsqu'elle existe (29). Dans tous les cas, les rééducations doivent toujours être débutées le plus tôt possible, dès les premiers signes, et sans attendre d'avoir un diagnostic précis : c'est ce que l'on appelle l'intervention précoce. Le tableau des rééducations détaillant les différents professionnels impliqués dans chaque trouble est cité en annexe 4. Une guidance parentale peut aussi être proposée (29).

Trouble du développement intellectuel ou déficience intellectuelle

Définition : la déficience intellectuelle est définie par un quotient intellectuel (QI) inférieur à moins deux écarts types de la moyenne, soit un QI inférieur à 70. La psychométrie (mesure des capacités intellectuelles) doit être réalisée par un psychologue formé, utilisant une batterie de tests récente et standardisée/étalonnée, adaptée à l'âge et au niveau scolaire de l'enfant. Il faut également tenir compte des conditions de passation : une barrière de la langue, un déficit sensoriel, ou encore une anxiété de performance peuvent sous-évaluer les capacités cognitives de la personne.

Les signes d'appel sont un retard global de développement et/ou un décalage dans les apprentissages, des difficultés à comprendre une information complexe ou abstraite et à raisonner (31).

Prévalence : 1% à 2% de la population (30,31)

Intérêt du dépistage : mise en place précoce d'adaptations tant sur le plan scolaire que dans la vie quotidienne, l'environnement (social, familial, institutionnel) pouvant être un facilitateur ou au contraire un obstacle à l'adaptation sociale (31).

Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH)

Définition : symptômes d'inattention (oublis fréquents, difficultés de concentration en classe), d'hyperactivité (agitation motrice), d'impulsivité (agit avant de réfléchir, difficulté à attendre son tour, mise en danger). Le TDAH est un diagnostic clinique. Des auto-questionnaires destinés aux parents et aux professeurs peuvent aider à faire ce diagnostic, notamment le SNAP-IV (figurant en annexe 5), ou les questionnaires de Conners. Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes avec en premier lieu le trouble des conduites, mais aussi la dépression et les troubles anxieux (32).

Prévalence : 5% des enfants, 2,5% des adultes (30)

Intérêt du dépistage : en l'absence de prise en charge on observe fréquemment des comportements antisociaux, des conduites addictives, une augmentation de la mortalité (chez l'adulte et l'enfant) liée à des accidents (accidents domestiques ou accidents de la route) et à un taux de suicide six fois supérieur par rapport aux personnes non-TDAH (32).

Trouble du Spectre Autistique (TSA)

Définition : Les TSA se caractérisent par :

- Des difficultés de communication et d'interaction sociale : retard de langage et de communication non verbale (contact visuel, pointage, attention conjointe)
- Des intérêts restreints et répétitifs, absence de jeux d'imitation/de faire semblant
- Des comportements et gestes stéréotypés

Un antécédent de TSA dans la fratrie ou une inquiétude parentale sont des signes d'alerte. Les symptômes débutent dès les premières années de vie. Le diagnostic peut être posé à partir de l'âge de 18 mois. Selon l'âge des enfants, différents questionnaires peuvent aider au diagnostic, par exemple le Questionnaire de Communication Sociale (SCQ de Rutter, Bailey & Lord, 2003) est adapté pour les enfants de 6 ans.

Prévalence :

- environ 1% de la population (30)
- en augmentation (sur la période 2010-2017 : de 9,3 à 18,1/10 000 habitants en France) (33)

Intérêt du dépistage : la prise en charge doit débiter le plus tôt possible, de préférence avant l'âge de 4 ans (34). Dans le cas de la visite de la 6^{ème} année on est donc sur un diagnostic de rattrapage.

Trouble Spécifique du Langage Oral (TSLO)

Définition : le TSLO désigne un trouble du développement du langage oral, très en deçà de ce qui est attendu pour l'âge de l'enfant. Pour parler de TSLO le retard doit être durable et spécifique, c'est-à-dire non secondaire à une autre pathologie ou une déficience auditive (35). Le terme de dysphasie est parfois employé.

Les signes d'appels peuvent-être un retard de langage avec absence de babillage à 6 mois, pas de mots à la fin de la première année de vie, pas d'association de mots à 18-24 mois, pas de phrases à 3 ans, incapacité à raconter une histoire ou à faire des phrases complexes à 5-6 ans.

Prévalence : 8 % des enfants de 3 ans ont un retard de développement du langage oral, parmi eux 40% seront toujours en difficulté à l'âge de 7 ans, soit un peu plus de 3% des enfants de 7 ans (35).

Intérêt du dépistage : un TSLO peut entraîner des troubles relationnels, des troubles du comportement, et majorer un éventuel trouble cognitif (35).

Trouble Développemental de la Coordination (TDC)

Définition : compétences de coordination motrice nettement inférieures aux attendus pour l'âge, sans autre pathologie qui pourrait expliquer les troubles, notamment une déficience visuelle (36). Le terme de dyspraxie est parfois employé.

Les signes d'appels sont une imprécision et une lenteur dans les tâches de coordination motrice : attraper un objet, utiliser des ciseaux, manger avec des couverts, écrire/dessiner, faire des jeux d'encastrement ou de construction, faire du vélo. L'enfant peut sembler maladroit et/ou se désintéresser de ces activités. Le diagnostic peut se faire à partir de 5 ans, 3 ans dans les cas les plus sévères (36).

Le questionnaire d'identification du trouble développemental de la coordination DCDQ-FE est adapté aux enfants de 5 à 15 ans, il est cité en annexe 6.

Prévalence : le TDC concerne 6% de la population (30)

Les Troubles Spécifiques des Apprentissages

Définition : ils comprennent le Trouble Spécifique du Langage Écrit (TSLE) qui regroupe la dyslexie et la dysorthographe ; et le déficit en calcul ou dyscalculie. Les troubles sont durables (plus de 6 mois) et ne sont pas expliqués par une pathologie neurologique, psychiatrique, une déficience sensorielle ou intellectuelle (37).

Prévalence : 8% des enfants d'âge scolaire (37)

Ces troubles ne sont pas décelables lors de la visite de la 6^{ème} année étant donné la temporalité nécessaire au diagnostic et les acquis scolaires attendus à cet âge. On peut en revanche identifier des facteurs de risque comme un TSLO sous-jacent ou encore des difficultés d'acquisition du code numérique (nom des nombres, comptine numérique) (28).

Sommeil

A 6 ans un enfant a besoin de 9 à 11 heures par nuit, en privilégiant un coucher tôt.

Un sommeil suffisant et de bonne qualité est nécessaire à un bon fonctionnement cognitif (apprentissage, mémoire), à une bonne croissance (notamment la maturation cérébrale), mais aussi à d'autres fonctions de l'organisme (métabolique, immunitaire) (38).

Deux troubles du sommeil particulièrement fréquents sont l'énurésie et le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS).

Énurésie

Définition : « mictions intermittentes involontaires survenant pendant le sommeil chez des enfants âgés d'au moins 5 ans »

Prévalence : 10% des enfants entre 5 et 10 ans avec un sex-ratio de deux garçons pour une fille. L'évolution naturelle est une résolution spontanée de 15% par an, seulement 1-2% des adultes ont une énurésie qui persiste.

Intérêt du dépistage : limiter les conséquences psychosociales : sentiment de honte, de culpabilité, dégradation de l'image de soi, isolement (39)

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

Définitions : épisodes répétés de fermeture complète (apnée) ou partielle (hypopnée) des voies aériennes supérieures entraînant une diminution du débit respiratoire. Les points d'appel sont un ronflement, des pauses/irrégularités respiratoires ou une respiration bruyante pendant le sommeil, un sommeil agité, une hypersudation.

Prévalence : 1 à 4% des enfants avec un pic de fréquence entre 3 et 6 ans en raison de l'hypertrophie des végétations adénoïdes et des amygdales à cet âge.

Intérêt du dépistage : lutter contre les conséquences neurocognitives, souvent au premier plan (irritabilité, agitation, difficultés de concentration et difficultés scolaires), ainsi que les conséquences cardiovasculaires (augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle) et métaboliques (trouble de la régulation du métabolisme glucidique et lipidique) (40).

Alimentation

L'enfant a des besoins spécifiques liés à sa croissance. Les apports nutritionnels doivent être répartis en trois repas par jour et une collation. Les besoins en calcium sont supérieurs à ceux de l'adulte et nécessitent trois produits laitiers par jour. Le lait de vache demi-écrémé convient à partir de l'âge de 4 ans. Les apports en protéines doivent être maîtrisés et ne pas excéder 50 g de viande/poisson par jour. Il est recommandé de consommer des fruits/légumes à chaque repas (et pas forcément cinq par jour), et des féculents au moins une fois par jour. Les boissons excitantes sont proscrites (41).

Activité physique

L'OMS recommande 60 min d'activité physique par jour pour les enfants, dont trois fois par semaine des activités intenses (42). Il faut également limiter la sédentarité, c'est-à-dire ne pas rester assis plus de deux heures sans se lever (41).

Écrans

Les recommandations actuelles concernant l'exposition aux écrans sont les suivantes :

- Pas d'écran pendant le repas ni dans l'heure précédant le coucher, aucun écran dans la chambre
- Privilégier une utilisation active et créative plutôt que passive, si possible avec un objectif pédagogique
- Encadrer l'utilisation des écrans par un adulte et favoriser l'interaction parent-enfant pendant/après le visionnage, accompagner la parentalité pour les écrans
- Limiter le temps d'écran et planifier un début et une fin aux activités utilisant un écran, maintenir un temps important aux activités sans écran
- Prévenir l'isolement social

L'objectif est de comprendre le développement des écrans sans les diaboliser, afin d'accompagner au mieux parents et enfants (43,44).

Les enfants de 6 ans passent en moyenne 1h40 par jour devant un écran (44).

Intérêt du dépistage : les conséquences d'une surexposition aux écrans chez l'enfant sont un retard de développement, principalement sur le langage, un appauvrissement des interactions sociales (pouvant aller jusqu'à une « attitude autistique » dans les cas les plus sévères), des difficultés de concentration, un retard dans la motricité fine, des troubles du comportement. Tous ces éléments sont retrouvés sous le terme de « syndrome d'exposition précoce et excessive aux écrans » (45).

Saturnisme infantile

Définition : plombémie supérieure à 50 µg/L, déclaration obligatoire (46)

Le plomb est naturellement présent dans l'environnement, il a également été largement utilisé dans l'industrie. Une surexposition peut se produire par l'ingestion de poussières ou de particules de plomb via l'alimentation ou par les contacts main-bouche.

Les sources de surexposition sont :

- Peinture ou sous-couche dans des bâtiments construits avant 1949, ferronnerie peinte (ex : garde-corps) avant 1995
- Eau du robinet si plomberie en plomb
- Pollution de l'air si site industriel actif à proximité
- Pollution des sols : ingestion de particules contaminées par contact main-sol et main-bouche ou par consommation de végétaux cultivés dans un sol pollué
- Cosmétiques ou remèdes traditionnels
- Vaisselle ou ustensile de cuisine artisanal
- Tabagisme passif massif au domicile (>5h/jour)
- Consommation fréquente de gibier
- Chauffage par combustion de bois peint

Prévalence : 0,1% en 2008, en forte baisse (2,1% en 1995) (46)

Intérêt du dépistage : les conséquences d'une surexposition au plomb sont :

- Diminution des performances cognitives dès que la plombémie est supérieure à 12 µg/L
- Troubles de l'attention
- Baisse de l'acuité auditive
- Ralentissement de la croissance staturo-pondérale et retard pubertaire
- A partir de 400 µg/L : encéphalopathie, anémie, insuffisance rénale
- Risque de décès chez l'enfant à partir de 1000 µg/L.

La prescription d'une plombémie est indiquée en cas de symptômes d'intoxication ou en cas de risque d'exposition domestique ou industrielle. Le questionnaire figurant en annexe 7 permet de rechercher ces facteurs de risque.

Vaccinations

Les 11 vaccins sont obligatoires pour tous les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 (article L3111 du Code de la Santé Publique), par conséquent à partir de la rentrée de septembre 2023, tous les enfants de Grande Section de maternelle sont concernés par ce calendrier vaccinal obligatoire. Seul le rappel Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche sera à prévoir.

Enfant en danger ou en risque de l'être, violence éducative ordinaire

Définition : selon la loi de 2007 sur la protection de l'enfance « un enfant est en danger ou risque de l'être si ses besoins fondamentaux ne sont pas garantis, c'est-à-dire si sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son développement physique, affectif, intellectuel et social est compromis » (47). La notion de danger inclue la maltraitance (comme la violence physique, psychologique, sexuelle) et la négligence. Cette dernière peut être définie comme une « défaillance (intentionnelle ou par omission) de la première figure d'attachement à apporter à l'enfant les soins de base nécessaires » (48).

Les violences éducatives ordinaires (VEO) regroupent quant à elles les violences physiques (gifle, fessée, geste brusque) ou psychologiques (menace, chantage, moquerie) utilisées à titre éducatif. Elles sont interdites par la loi depuis 2019 qui stipule que « l'autorité parentale s'exerce sans violence » (49).

Prévalence :

- 85% des parents reconnaissent pratiquer des VEO (47)
- 1 enfant sur 10 est victime d'inceste (47)
- 2% des mineurs sont pris en charge dans le cas de la protection de l'enfance en 2016 selon l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONEP) (50)

Intérêt du dépistage : les maltraitements ou négligences entraînent des conséquences physiques (blessures, malnutrition, défaut de soin), neurocognitives (retard de développement), émotionnelles et sociales (repli sur soi, troubles du comportement), psychopathologiques (48)(51). On sait aussi que ces enfants sont à haut risque de développer un trouble du neurodéveloppement (29). Les VEO sont souvent banalisées mais

peuvent également avoir des conséquences sur le développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant (49).

Devant une situation d'enfant à risque de danger, ou en danger, le médecin doit, selon le degré d'urgence, rédiger une Information Préoccupante auprès de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) de son département, ou faire un signalement au Procureur. Il s'agit d'une dérogation au secret médical (52).

Méthode

Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, quantitative, et déclarative via un questionnaire en ligne.

Réglementation

Cette étude est dite « hors loi Jardé » et rentre dans le cadre de la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Par conséquent, un enregistrement auprès de la CNIL a été fait via le dépôt d'un dossier au Délégué à la Protection des données (DPO) du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG).

Les données sont recueillies grâce à un questionnaire anonyme (annexe 8) et qui ne comporte aucune question pouvant permettre d'identifier le médecin répondant. Un courrier joint précise les objectifs de l'étude.

Population

Critères d'inclusion :

- Médecins effectuant la visite de la 6^{ème} année : médecins généralistes, pédiatres libéraux, médecins de l'Éducation Nationale (MEN)/médecins scolaires
- Exerçant en Haute-Garonne

Critères d'exclusion :

- Médecins ne réalisant pas ou peu de visite de la 6^{ème} année : pédiatres exerçant en milieu hospitalier, médecins de PMI (Protection Maternelle et Infantile), médecins d'autres spécialités
- Médecins hors du département de la Haute-Garonne

Période et méthode de recueil des données

Une première série de diffusions a été faite du 27 juin au 10 juillet.

Une seconde série de diffusions a été effectuée en septembre 2023.

Les médecins généralistes ont reçu le questionnaire via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Afin de limiter le biais de sélection nous avons cherché à contacter toutes les CPTS du département. 15 CPTS sur les 17 ont ainsi pu être contactées, soit par mail, soit par le formulaire de contact de leur site internet, soit par téléphone.

Seules deux CPTS n'ont pas pu être contactées : « Posavi-coté 31 » et « Est Haute-Garonne ». Deux ont refusé la diffusion et sept n'ont pas répondu.

Au total, six CPTS ont confirmé la diffusion. Le code postal est demandé dans le questionnaire pour les pédiatres et médecins généralistes afin d'apprécier la répartition des réponses au niveau du territoire et de suivre les différentes diffusions par les CPTS. Il n'est pas demandé pour les MEN car il pourrait permettre d'identifier les médecins répondants.

L'Association des Pédiatres Libéraux de Midi-Pyrénées a été sollicitée pour recruter un maximum de pédiatres. Une diffusion a eu lieu le 3 juillet suivie d'une relance le 6 septembre 2023.

Les MEN ont reçu le questionnaire par l'intermédiaire de Madame la Médecin Conseillère Technique responsable du département. Trois diffusions à une semaine d'intervalle ont été faites entre le 27 juin et le 10 juillet 2023.

Données recueillies

Les données sont recueillies grâce à un questionnaire en ligne réalisé avec le site Framaforms. Il comporte environ 20 questions, ce nombre étant variable selon les réponses des interrogés, réparties en sept parties. Il s'agit de questions à choix multiples ou de questions fermées (oui/non). Des questions ouvertes sont proposées pour le code postal, la durée de consultation, ainsi que pour préciser certaines réponses (« autre »). Une seule soumission par médecin était possible.

Une première partie questionne le médecin sur sa spécialité, son éventuelle appartenance à un réseau de soin, son lieu d'exercice, et le niveau socioéconomique de sa patientèle.

Deux questions recueillent le nombre de visites de la 6^{ème} année réalisées par an ainsi que la durée de la consultation prévue à cet effet. Pour plus de précision la durée de consultation est une question ouverte (nombre de minutes).

Une seconde partie questionne sur l'examen somatique et l'examen psychomoteur.

Les parties trois et quatre s'intéressent aux modalités des dépistages visuels et auditifs : un dépistage est-t-il effectué, si oui avec quels examens et quels matériels/techniques, et si non pour quelles raisons ? Une question ouverte est proposée pour détailler les matériels/techniques ainsi que les éventuels freins aux réalisations de ces dépistages.

Une cinquième partie traite de la recherche d'un retard de langage et d'apprentissages. De la même façon le médecin est interrogé sur ses pratiques, les outils utilisés et les éventuels freins.

La sixième partie traite de l'hygiène de vie et des habitudes familiales (sommeil, alimentation, activité physique, écrans, activités culturelles), du saturnisme, ainsi que des vaccinations.

La septième et dernière partie questionne sur la recherche de violence intra-familiale, et les freins dans le cas où le médecin ne les recherche pas.

A la fin du questionnaire une zone de texte permet au médecin de s'exprimer librement et de nous faire des remarques sur sa pratique ou sur le questionnaire.

Analyse des données

Une analyse descriptive est effectuée. Elle est complétée par une analyse statistique comparative de certains items, utilisant le test du Chi2, à l'aide du logiciel Epi Info.

Résultats

87 questionnaires ont été remplis, parmi lesquels 2 ont été éliminés car incomplets. Au total 85 questionnaires ont été analysés : 38 proviennent de médecins généralistes, 29 de pédiatres et 18 de médecins de l'Éducation Nationale.

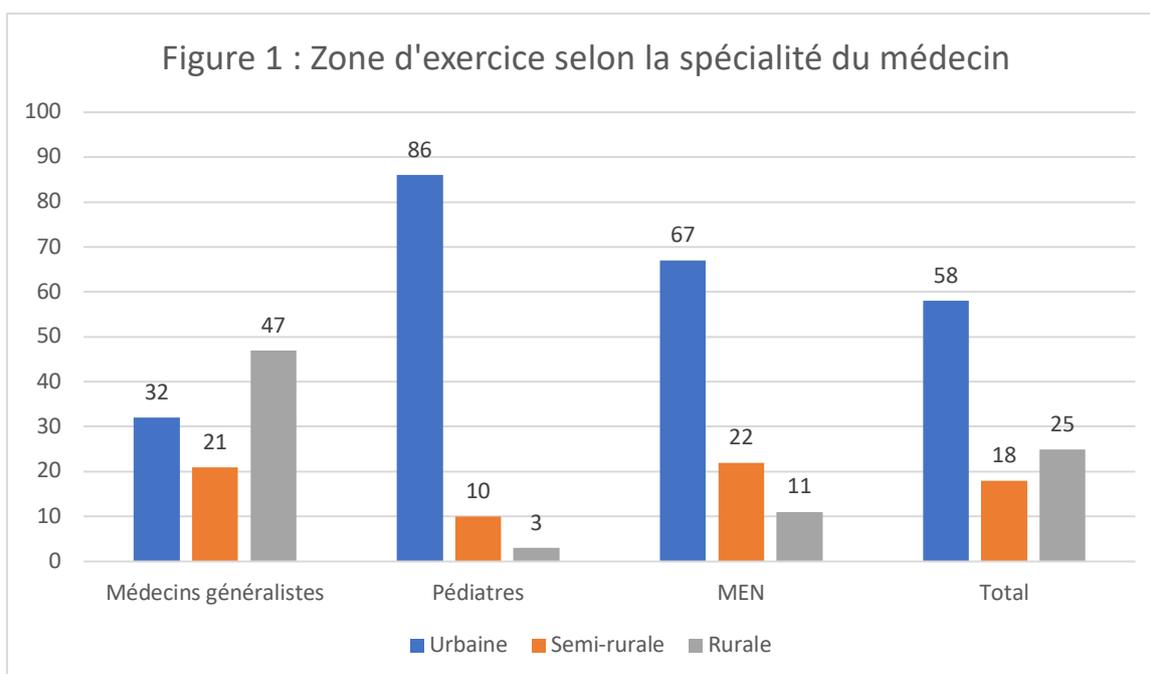
Par soucis de clarté tous les résultats sont exprimés en pourcentages et sont arrondis à l'entier supérieur ou inférieur.

Taux de réponse :

Au total environ 420 médecins ont reçu le questionnaire, le taux de réponse global est donc d'environ 21%, avec de fortes disparités selon les spécialités :

- Environ 300 médecins généralistes ont reçu le questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 13%
- Environ 100 pédiatres ont reçu le questionnaire, soit un taux de réponse d'environ 30%
- 22 MEN ont reçu le questionnaire, soit un taux de réponse de 82%

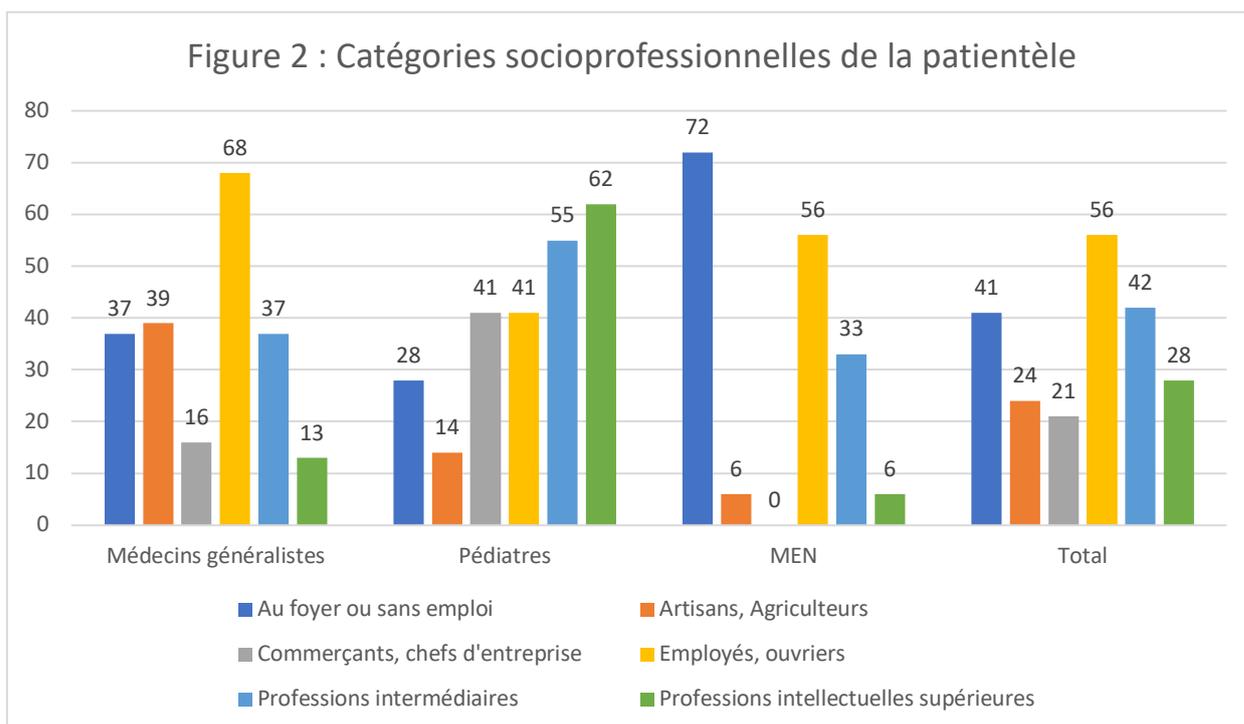
La figure 1 ci-dessous détaille la répartition géographique (zone urbaine/rurale/semi-rurale) des différents spécialistes.



La différence est significative avec $p = 0,0001$.

55% des pédiatres, 16% des MG et 11% des MEN font partie d'un réseau de soins. Les réseaux les plus cités sont Occitadys, le Réseau Périnatalité (RPO) et le Réppop.

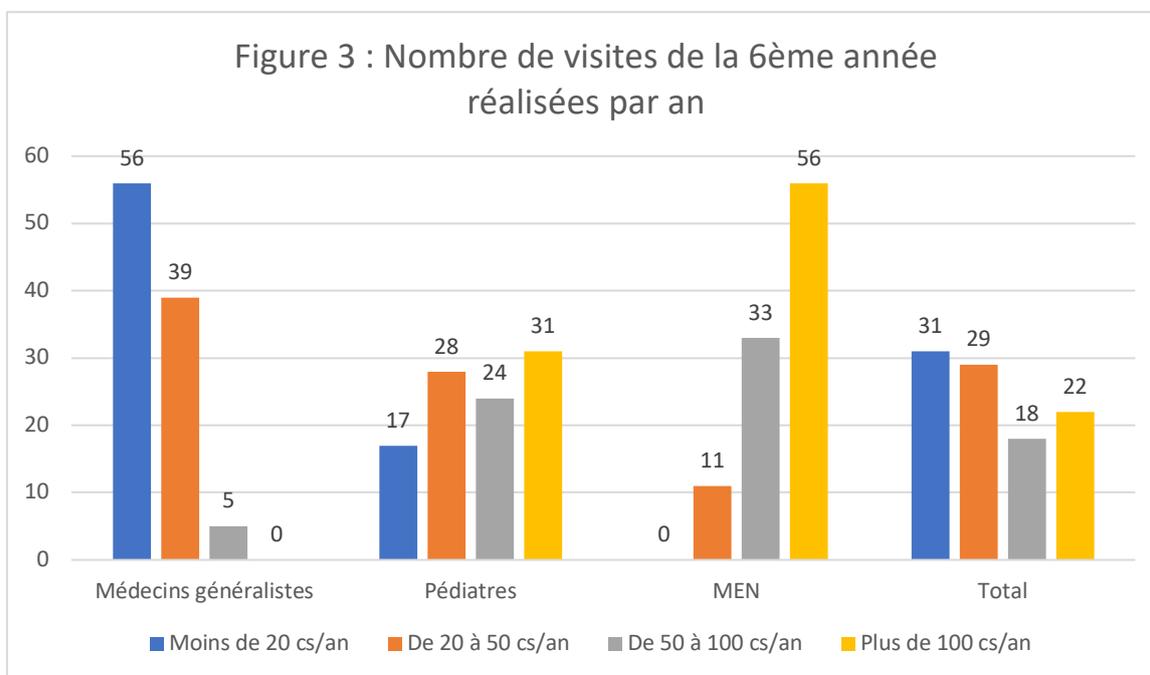
La figure 2 ci-dessous détaille la répartition des catégories socioprofessionnelles selon les différents spécialistes. Chaque colonne représente le pourcentage de médecins déclarant avoir cette catégorie socioprofessionnelle très représentée dans sa patientèle.



On observe que 62% des pédiatres déclarent avoir beaucoup de « professions intellectuelles supérieures » et 55% beaucoup de « professions intermédiaires » dans leur patientèle. 72% des médecins de l'Éducation Nationale (MEN) déclarent avoir beaucoup de familles « au foyer ou sans emploi ». Les médecins généralistes (MG) sont quant à eux 68% à déclarer avoir beaucoup d' « employés, ouvriers » et 39% beaucoup d'« artisans, agriculteurs » dans leur patientèle.

La différence est significative pour les CSP « au foyer ou sans emploi » ($p = 0,008$), « professions intellectuelles supérieures » ($p < 0,0001$), « artisans, agriculteurs » ($p = 0,0063$) et « commerçants, chefs d'entreprise » ($p = 0,0018$). La différence n'est pas significative pour « employés, ouvriers » et « professions intermédiaires ».

La figure 3 ci-dessous présente le nombre de visites de la 6^{ème} année réalisées par an selon la spécialité des médecins, avec en abscisse l'intervalle du nombre de visites de la 6^{ème} année réalisées par an, et en ordonnée le pourcentage de médecins réalisant ce nombre de visites.



La différence est significative avec $p < 0,0001$.

La durée moyenne de la visite pour un MG est d'environ 25 minutes, contre 34 minutes environ pour les pédiatres et 63 minutes pour les MEN. Pour les MEN, la visite est complétée par un échange avec les enseignants et si besoin une orientation vers des soins, pouvant porter le temps total consacré à la visite à 90 minutes.

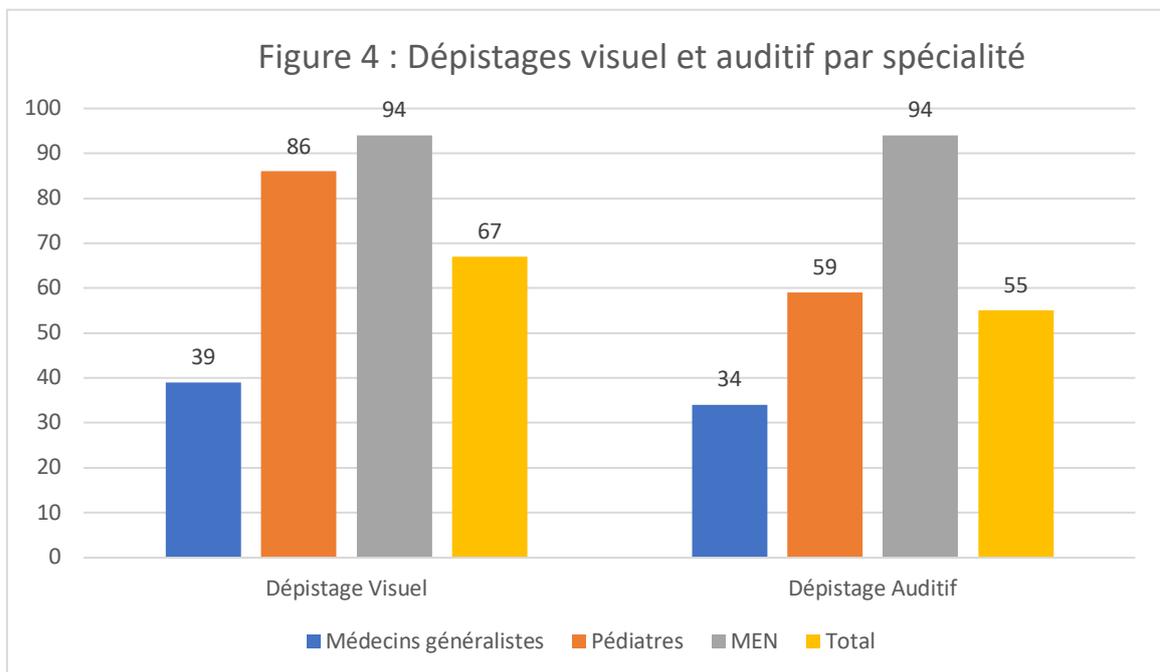
Concernant l'examen somatique 98% des médecins interrogés déclarent faire systématiquement le poids, la taille, le calcul de l'IMC et l'analyse de la courbe de corpulence ; 95% font une auscultation cardiopulmonaire ; 92% examinent le rachis ; 85% examinent les dents ; 84% font une otoscopie ; 75% examinent le pharynx.

66% des médecins interrogés mesurent la pression artérielle. Concernant la répartition par spécialité 55% des MG, 97% des pédiatres et 39% des MEN mesurent la pression artérielle.

62% des médecins examinent les organes génitaux externes : 53% des MG, 100% des pédiatres et 22% des MEN. La différence est significative avec, pour ces deux derniers résultats, un $p < 0,0001$.

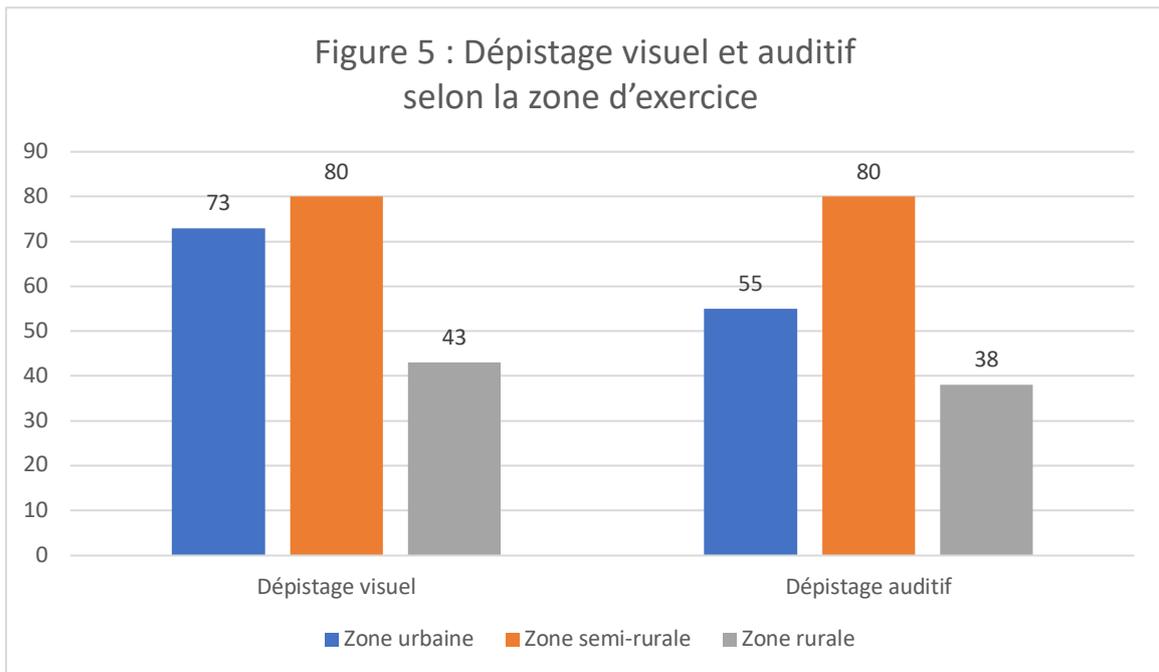
Concernant l'examen psychomoteur, 83% des médecins questionnent le repérage temporel (matin/après-midi/soir) et 80% le repérage spatial (dessus/dessous), 74% contrôlent la motricité fine (« bouton sur lui »), 70% testent la marche « talon-pointe », 38% examinent la coordination main-pied et l'épreuve doigt-nez. 12% des médecins ne font aucun examen psychomoteur : 21% des MG, 7% des pédiatres et 0 MEN.

La figure 4 ci-dessous présente la répartition par spécialités des médecins réalisant un dépistage visuel ou auditif. Chaque colonne représente le pourcentage de médecins déclarant réaliser le dépistage. Ce graphique concerne uniquement les dépistages faits par le médecin lui-même. A côté de cela on note que 9% des médecins déclarent ne pas faire le dépistage eux-mêmes mais que cela est fait par un autre professionnel.



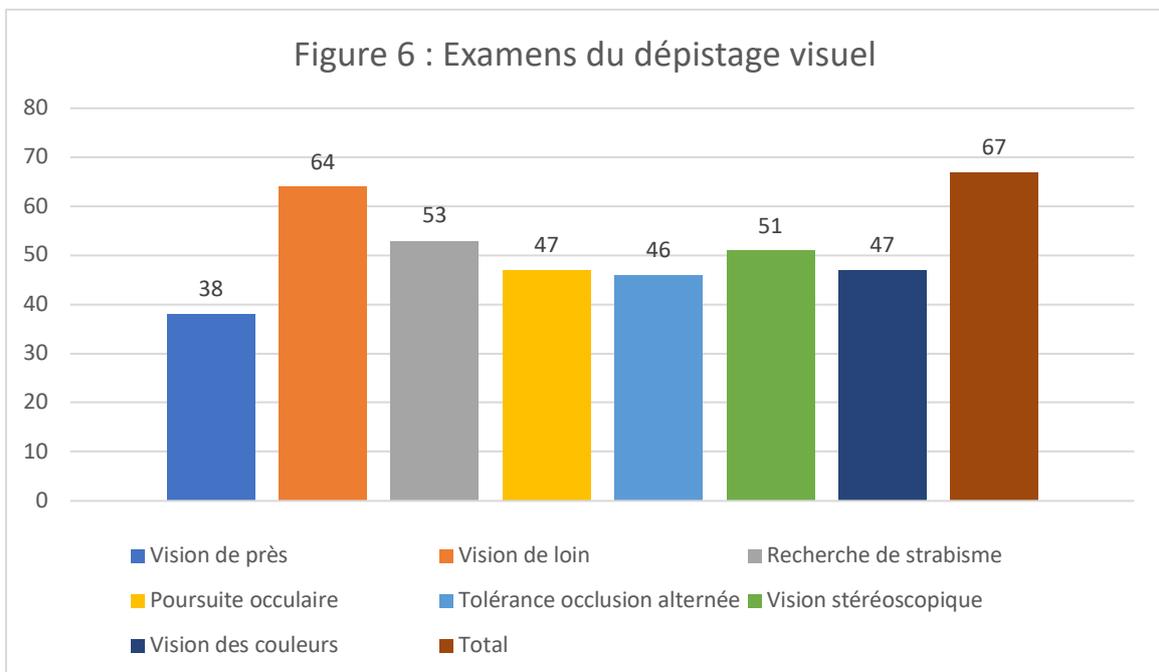
La différence est significative pour les deux dépistages avec $p = 0,0001$.

La figure 5 ci-dessous présente la répartition par zone urbaine/rurale/semi-rurale des médecins réalisant un dépistage visuel ou auditif. Chaque colonne représente le pourcentage de médecins déclarant réaliser le dépistage.



Les différences sont significatives pour les deux dépistages avec $p = 0,022$ pour le dépistage visuel et $p = 0,0447$ pour l'auditif.

La figure 6 ci-dessous détaille les examens réalisés lors du dépistage visuel, chaque colonne représentant le pourcentage de médecins déclarant réaliser cet examen.

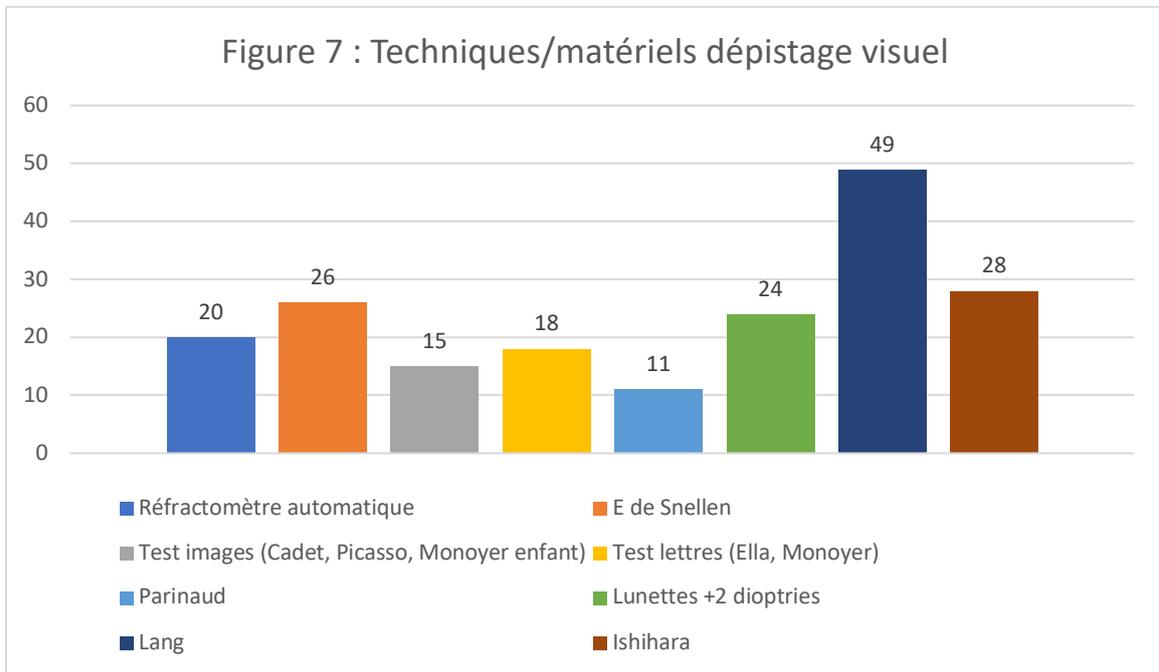


On observe un écart important entre la vision de près et la vision de loin.

Pour la vision de près : 16% des MG, 41% des pédiatres et 78% des MEN font le test.

Pour la vision de loin : 39% des MG, 76% des pédiatres et 94% des MEN font le test.

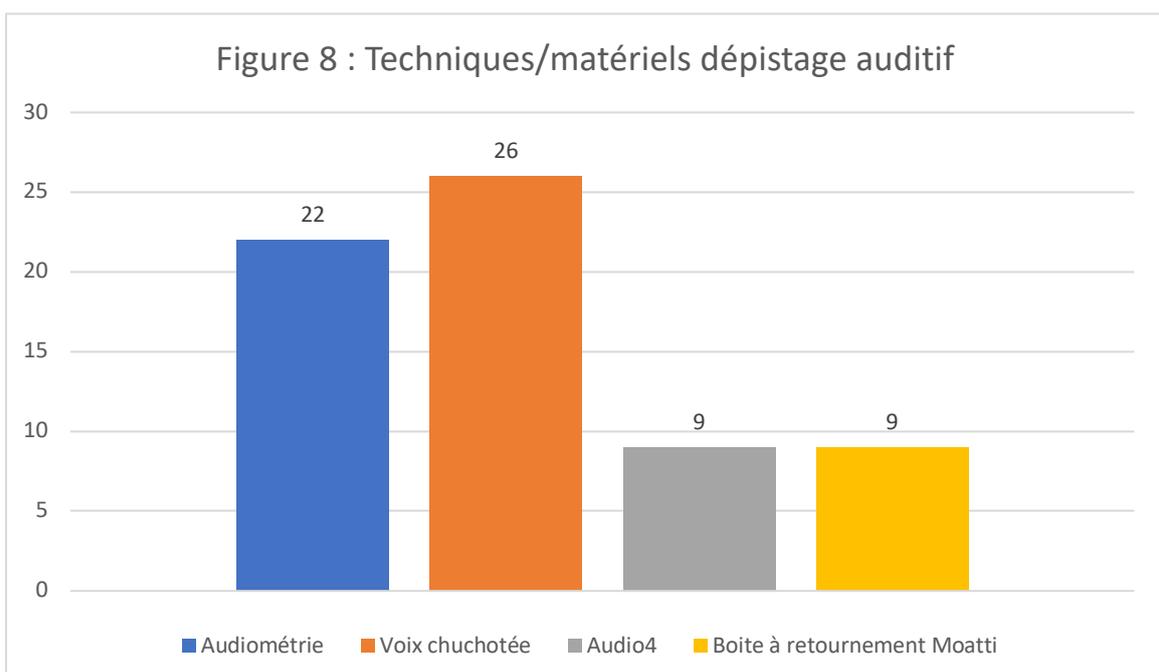
Les figures 7 et 8 détaillent les techniques/matériels utilisés pour les dépistages visuel et auditif, chaque colonne représentant le pourcentage de médecins déclarant utiliser cette technique ou ce matériel.



Le refractomètre automatique est utilisé uniquement par les pédiatres.

Pour la vision de loin, les MG utilisent essentiellement les tests avec les lettres ou images tandis que les MEN utilisent le Snellen.

Pour la vision de près, les MG utilisent plutôt le Parinaud et les MEN les lunettes +2 dioptries.

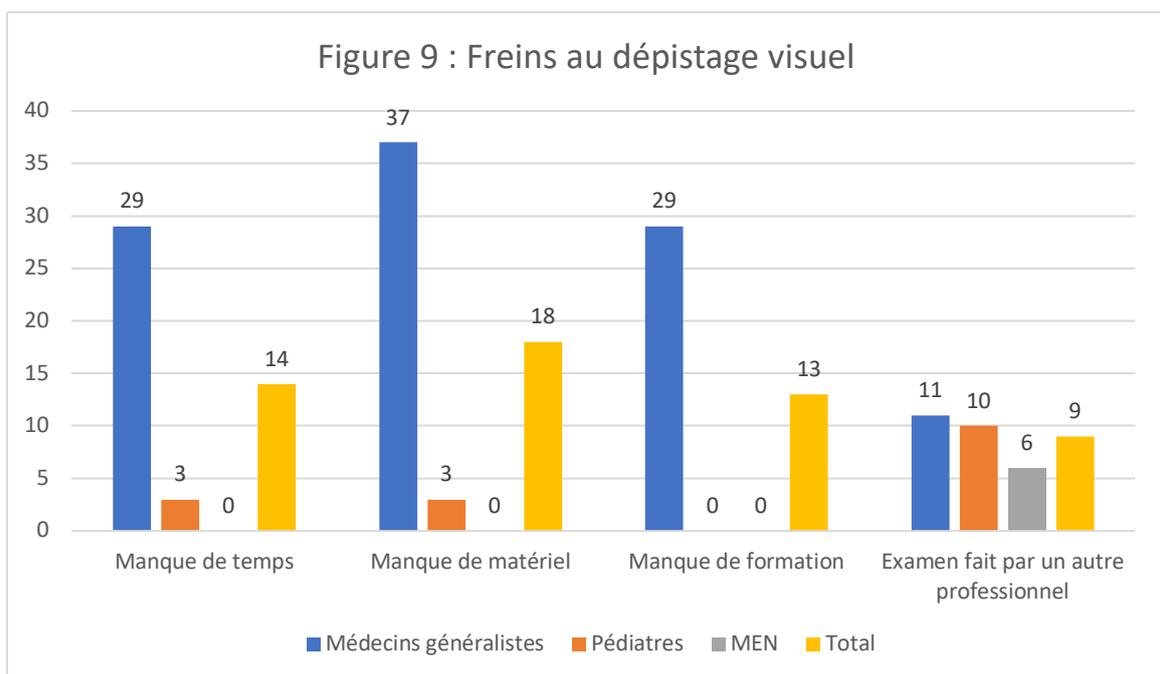


Les pédiatres utilisent essentiellement la voix chuchotée et l'audio4.

Les MG utilisent également majoritairement la voix chuchotée.

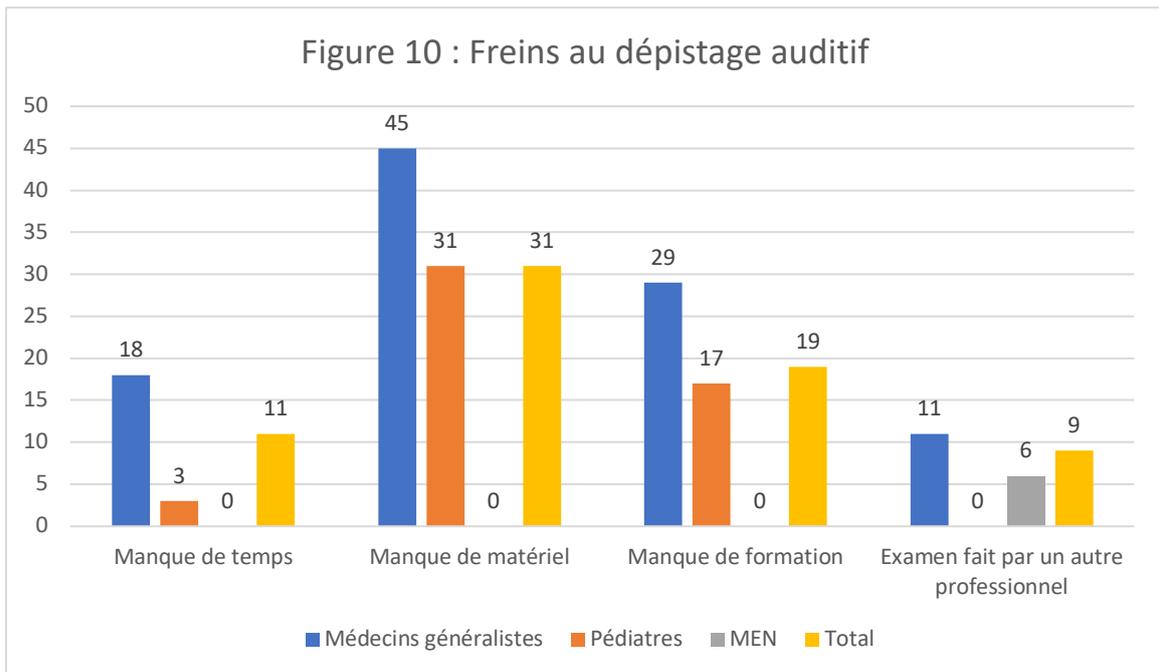
Les MEN utilisent presque exclusivement l'audiomètre.

Les freins aux dépistages visuel et auditif sont détaillés dans les figures 9 et 10. Chaque colonne représente le pourcentage de médecins déclarant rencontrer ce frein. Les MEN ne déclarent aucun frein et 6% des examens sont faits par un autre professionnel (infirmière scolaire).



Les différences entre les spécialités sont significatives avec :

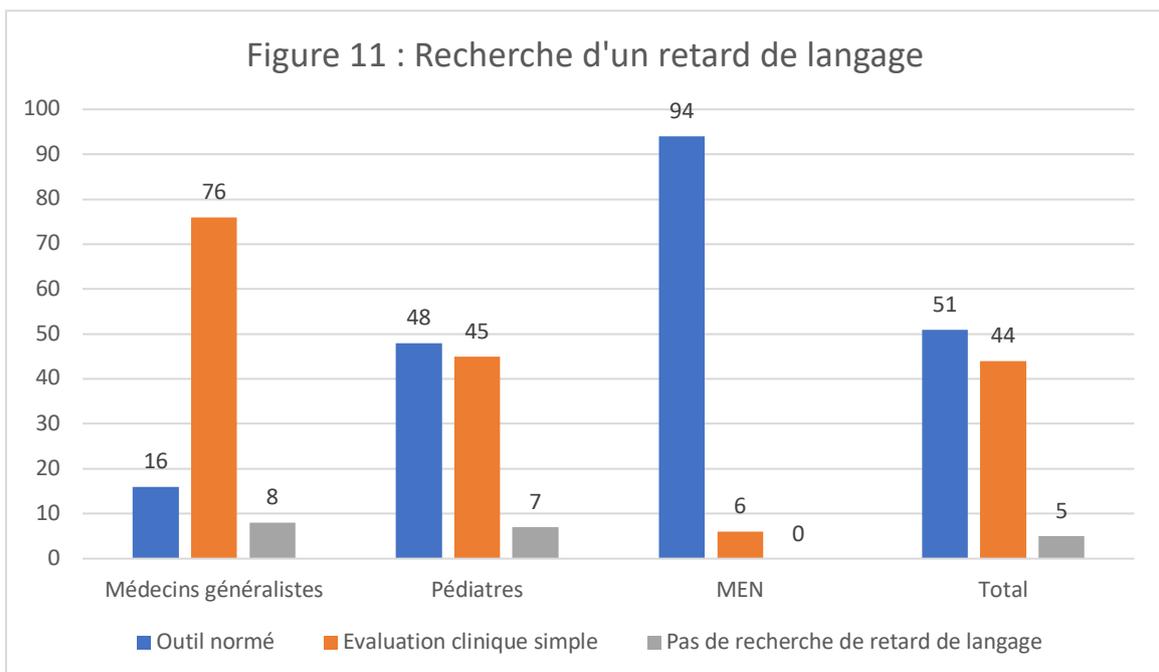
- Pour le manque de matériel $p = 0,0002$
- Pour le manque de temps $p = 0,0019$
- Pour le manque de formation $p = 0,0004$



Pour le manque de temps la différence n'est pas significative.

Pour le manque de matériel et le manque de formation la différence est significative avec respectivement $p = 0,0032$ et $p = 0,0339$.

La figure 11 détaille la répartition par spécialité des médecins recherchant un retard de langage, par une évaluation clinique simple ou avec un outil normé.



Les différences de pratiques entre les spécialistes sont significatives avec $p < 0,0001$.

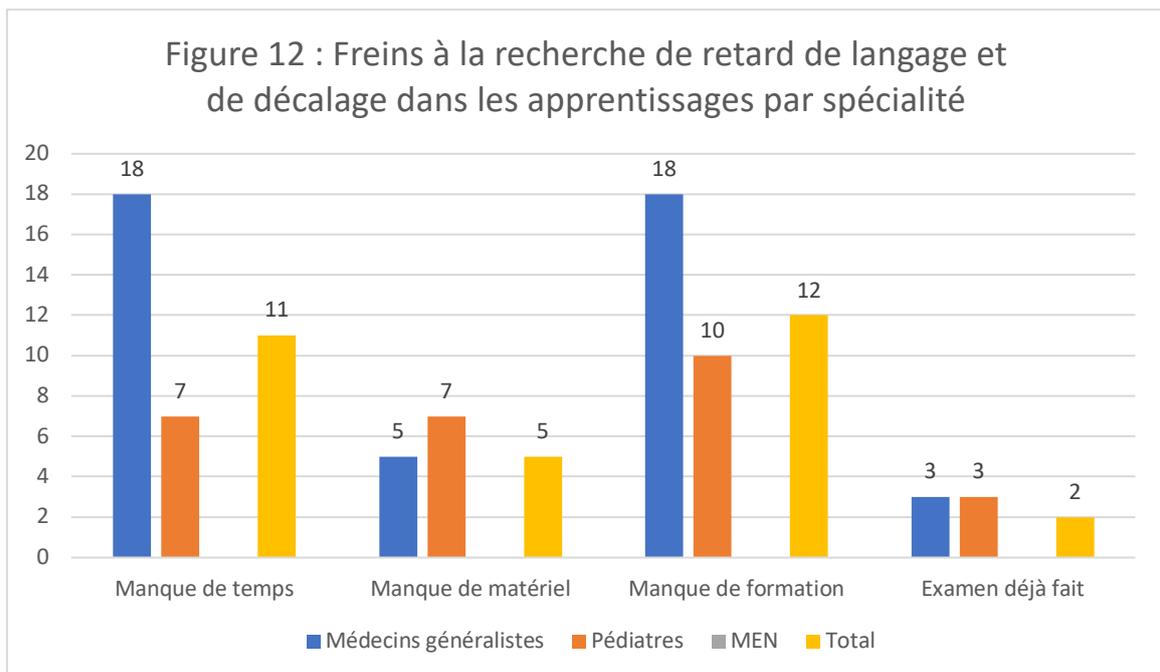
Concernant les apprentissages, 60% des médecins font écrire le prénom de l'enfant et font dessiner le bonhomme, 62% font copier des figures, 58% font compter 13 jetons.

39% utilisent un outil normé : 8% des MG, 48% des pédiatres et 89% des MEN. Cette différence est significative avec $p < 0,0001$.

16% des médecins interrogés ne recherchent pas de décalage dans les apprentissages.

Les outils normés utilisés pour la recherche de retard de langage ou de décalage dans les apprentissages sont l'EDA (20% des médecins), l'ERTL6 (10%), le BSDES et la BMTa (8%), la BMTi (3%). Certains médecins utilisent des tests différents selon l'âge de l'enfant (5 ou 6 ans).

Les freins à la recherche de retard de langage et de décalage dans les apprentissages sont détaillés dans la figure 12. Les MEN ne déclarent aucun frein et aucun examen déjà fait.

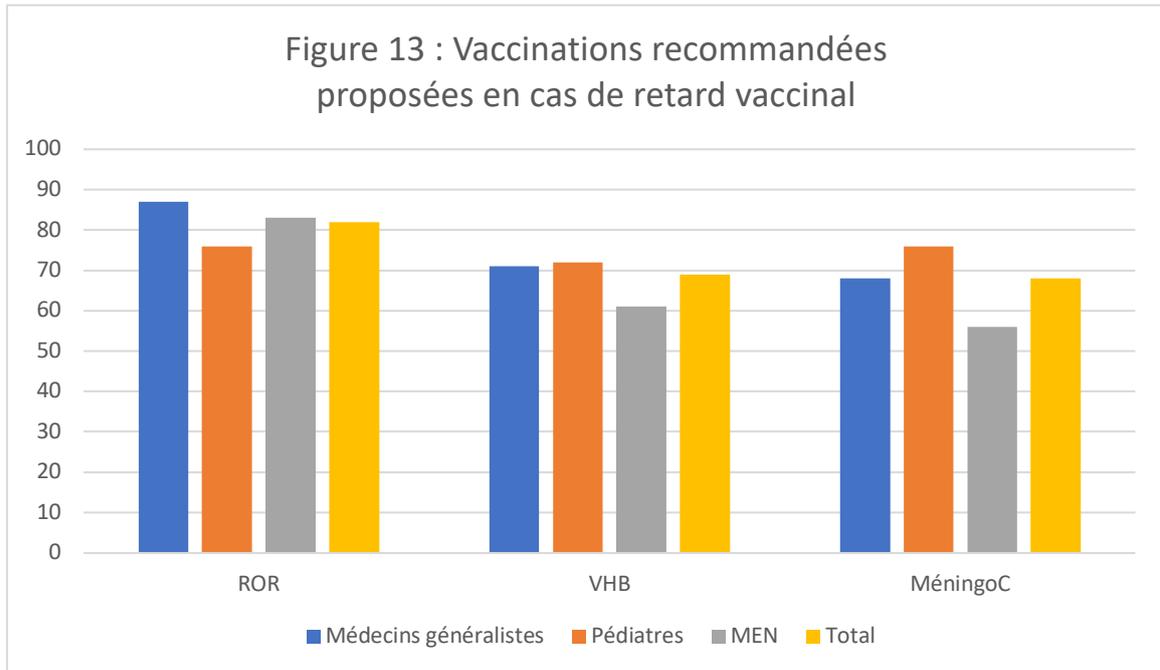


Les différences de freins entre les spécialistes ne sont pas significatives.

Concernant l'hygiène de vie et les habitudes familiales, quasiment la totalité des médecins questionnent la qualité du sommeil (98%), l'alimentation (98%), l'activité physique (95%), la continence (94%), l'hygiène buccodentaire (92%) et l'exposition aux écrans (87%). 34% interrogent sur les activités culturelles et 29% sur la lecture d'histoire.

Pour ce qui est du saturnisme, 31% des médecins le recherchent.

Les vaccinations recommandées proposées en cas de retard vaccinal sont détaillées dans la figure 13. Quelques médecins évoquent en plus le vaccin méningococcique ACWY, le vaccin méningococcique B, celui contre la varicelle, la grippe, ou encore commencent à discuter du vaccin contre le Papillomavirus.



Pour finir, les violences intrafamiliales sont recherchées par 41% des médecins interrogés, avec 45% des MG, 17% des pédiatres et 72% des MEN qui les recherchent. La différence est significative avec $p = 0,0008$.

Le principal frein est la difficulté à aborder le sujet, puisqu'il concerne 35% des médecins, avec 39% des MG, 48% des pédiatres et 6% des MEN. La différence est significative avec $p = 0,0091$. Le manque de temps est évoqué par 8% des médecins : 11% des MG, 7% des pédiatres et 6% des MEN.

Enfin, environ 20% des médecins ont détaillé leurs difficultés à explorer ces violences.

Plusieurs disent connaître les familles depuis longtemps et pensent qu'ils s'en seraient rendu compte, d'autres posent la question seulement en cas de signe d'appel, d'autres encore déclarent oublier par manque d'habitude ou pensent que ce n'est pas le sujet de la visite. Certains parlent des violences en général, à la maison mais aussi à l'école.

Discussion

Population étudiée

On observe une variabilité significative des spécialistes présents sur le territoire. Les pédiatres exercent majoritairement en zone urbaine. Compte tenu des effectifs des MEN, la politique de santé de la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale du département (DSDEN31) privilégie les zones d'éducation prioritaire, essentiellement localisées sur l'agglomération toulousaine. Par conséquent, les médecins généralistes sont les plus présents en zone rurale et semi-rurale.

Concernant les catégories socioprofessionnelles (CSP) des familles, on retrouve une disparité significative selon les spécialistes. Les pédiatres ont plus de CSP « supérieures » ou « intermédiaires », tandis que les MEN ont essentiellement des familles « au foyer ou sans emploi ». Les MG ont quant à eux plus d'artisans et d'agriculteurs.

Ces différences pourraient être liées d'une part à la zone d'exercice des médecins, et d'autre part au fait que les MEN proposent une consultation aux familles, tandis que dans le cas des MG et des pédiatres, c'est aux familles de faire la démarche de prendre rendez-vous pour la visite. Le fait d'aller au-devant des familles en leur proposant une consultation pourrait permettre de voir d'avantage d'enfants issus de familles moins favorisées.

Les différences de pratiques des médecins pourraient être liées une éventuelle appartenance à un réseau de soin. Étant donné la taille de l'échantillon et afin de ne pas multiplier les analyses statistiques, nous avons choisi de ne pas analyser d'avantage cette donnée.

On peut également mentionner un possible biais de recrutement des MG dans notre étude, les MG répondants au questionnaire pouvant être ceux qui se sentent le plus concernés par la visite des 6 ans, et qui pourraient être mieux formés/équipés que leurs confrères ayant une patientèle plus âgée.

Nombre et durée de consultation

Le nombre de visites réalisées et la durée consacrée à cette visite sont particulièrement liées à la spécialité du médecin. Les MEN sont ceux qui font le plus de visites de la 6^{ème} année et qui y consacrent le plus de temps.

D'après le bilan d'activité du Service médical des élèves de la DSDEN31, la Haute-Garonne compte 11474 élèves de Grande Section de Maternelle (GSM) sur l'année scolaire 2022-2023. Le service de médecine scolaire, qui comporte 13 équivalents temps plein de médecins de secteur, a effectué cette année-là 1994 consultations, 287 dépistages sensoriels supplémentaires, et 3071 analyses sur dossiers. Au total 5065 élèves de GSM ont eu un avis médical, soit environ 34% des effectifs.

Les MG sont ceux faisant le moins de visites par an, résultat qui était attendu puisque les MG ont une patientèle de tous âges contrairement aux pédiatres et aux MEN.

La visite de la 6^{ème} année n'ayant pas de cotation spécifique, on ne peut pas savoir combien d'enfants ont bénéficié de cette consultation en dehors du cadre scolaire. Cet élément ressort au travers des commentaires libres laissés par les médecins : « Cette visite située à une période charnière est très complexe et n'est pas reconnue ! 28 euros pour 30 minutes et n'est pas comptée dans les visites recommandées » ; « Pour avoir une vision globale de l'enfant, le temps de la visite est long et se prête probablement peu à un exercice en libéral ». L'exercice libéral semble être un frein dans le cas de cette visite de la 6^{ème} année, qui est longue et peu reconnue.

Une cotation spécifique permettrait également de recueillir davantage de données pour la recherche concernant la santé de l'enfant, données qui font globalement défauts et qui ne permettent pas de dresser un état des lieux de la santé des enfants, en particulier concernant le développement affectif, cognitif ou relationnel (53).

Examen clinique et examen psychomoteur

Tous les items de l'examen clinique sont faits par quasiment tous les médecins à l'exception de la mesure de pression artérielle (PA) et l'examen des organes génitaux externes (OGE). C'est pourquoi nous avons fait une analyse par spécialité de ces deux items. Cette analyse met en évidence une hétérogénéité de pratiques avec la quasi-totalité

des pédiatres qui réalisent ces examens, contre environ la moitié des MG, et respectivement 39% et 22% des MEN qui font la PA et les OGE. Les freins n'ayant pas été recueillis pour l'examen clinique, nous ne sommes pas en mesure d'expliquer ces données. Ces items figurent dans le carnet de santé (annexe 9), mais pas dans les recommandations de la HAS : « Contenu générique des consultations de dépistage : 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 » (54).

Seulement 12% des médecins ne réalisent aucun examen psychomoteur, principalement des MG, mais étant donné le taux globalement important de médecins réalisant ces examens nous n'avons pas fait d'analyse supplémentaire sur ces items.

Dépistages visuels et auditifs

Environ un tiers des MG fait un dépistage visuel ou auditif, tandis que la quasi-totalité des MEN le fait. Les pédiatres quant à eux sont 86% à faire le dépistage visuel contre 59% pour le dépistage auditif.

Concernant le contenu du dépistage visuel, on note un écart important entre la vision de loin recherchée à 64% contre 38% pour la vision de près, ce qui interroge étant donné qu'à cet âge, les enfants sont plus souvent hypermétropes que myopes et qu'ils débutent l'apprentissage de la lecture. La HAS recommande le dépistage du strabisme, de la vision stéréoscopique, de l'acuité visuelle et près et de loin et de la vision des couleurs (54).

Le dépistage auditif de la 6^{ème} année s'inscrit dans la continuité du dépistage néonatal, obligatoire depuis 2012 (Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale). A partir de l'âge de 4 ans, on peut rechercher une surdité unilatérale. Les techniques recommandées par la HAS sont l'audiométrie vocale à la voix chuchotée et normale, et l'audiométrie tonale au casque (54). Cela correspond à ce qui est retrouvé dans cette étude, l'audio4 pouvant être assimilé à un test à la voix chuchotée.

Pour ce qui est des techniques, les pédiatres utilisent essentiellement le réfractomètre automatique, ce qui pourrait expliquer le taux important de dépistage visuel, son utilisation étant simple et peu chronophage. Ces derniers ne déclarent d'ailleurs quasiment aucun frein au dépistage visuel, contrairement au dépistage auditif pour lequel ils déclarent un manque de matériel.

Les MG utilisent des tests visuels différents et sont freinés par le manque de temps, de matériel et de formation, que ce soit pour le dépistage visuel ou auditif.

Les MEN ne déclarent individuellement aucun frein pour ces dépistages et tous les enfants vus en visite de la 6^{ème} année en bénéficient.

Enfin, on observe une différence significative des taux de dépistages selon la zone géographique avec notamment 73% de dépistage visuel en zone urbaine contre 43% en zone rurale, probablement du fait de l'inégale répartition des différents spécialistes sur le territoire.

Retard de langage et décalage dans les apprentissages

La quasi-totalité des médecins recherche un retard de langage, la différence réside dans la technique : les MG font majoritairement une évaluation clinique simple tandis que les MEN utilisent quasiment tous un outil normé, les pédiatres ont une pratique intermédiaire.

On retrouve des résultats similaires pour les apprentissages. La plupart des médecins recherchent un décalage dans les apprentissages, environ un tiers utilise un outil normé et environ 60% font une évaluation clinique simple (écrire son prénom, copie de figures etc). Il n'a pas été fait d'analyse par spécialité de ces données afin de ne pas multiplier les analyses statistiques, sachant qu'on ne cherche pas de trouble spécifique des apprentissages à cet âge.

Concernant les freins les MG déclarent un manque de temps et de formation, mais n'évoquent pas de manque de matériel. Les pédiatres évoquent peu de freins (7 à 10%), les MEN aucun.

Ces résultats sont en mettre en parallèle avec les recommandations qui préconisent l'utilisation d'outils tel que le BSDES5-6, ERTLA6 ou BREV, donc d'outils normés, en considérant que ce dépistage doit être réalisé en première intention en santé scolaire (28).

Hygiène de vie

La quasi-totalité des médecins questionne le sommeil, l'alimentation, l'activité physique, le temps d'écran, l'hygiène bucco-dentaire et la continence.

Environ un tiers questionne la lecture d'histoires et les activités culturelles. Ces deux derniers items sont beaucoup moins investis par les médecins que par exemple le temps d'écran. Or la lecture d'histoires favorise le développement du langage et l'apprentissage de la lecture : plus un enfant est exposé à la lecture partagée et plus il va lire seul. Cet effet concerne à la fois les enfants non-lecteurs qui vont feuilleter les livres que les plus grands, y compris les préadolescents (55). Cette recommandation pourrait être intéressante à intégrer dans nos interrogatoires, au même titre que le sommeil et le temps d'écran.

Violence

On observe que les MEN recherchent le plus souvent des violences intrafamiliales contrairement aux MG et aux pédiatres. Ces derniers se disent davantage gênés pour aborder le sujet, et précisent également connaître les familles depuis longtemps. On peut supposer qu'il est plus facile d'aborder la question des violences lorsqu'on rencontre une famille pour la première fois et qu'on ne la reverra pas par la suite. Les médecins libéraux peuvent de leur côté s'appuyer sur leur ressentis au fil des consultations successives. Au vu des conséquences dramatiques sur le développement de l'enfant (51), il pourrait être intéressant que les médecins soient davantage formés sur l'abord de ce sujet délicat.

La complémentarité des acteurs

Les médecins traitants sont le pivot de l'organisation des soins et du suivi de l'enfant sur le long terme. Au sein des médecins traitants, on observe que les pédiatres semblent globalement mieux équipés et formés que les MG, moins gênés par le manque de temps, mais inégalement répartis sur le territoire.

On voit apparaître la plus-value de la médecine scolaire essentiellement sur les dépistages auditifs et visuels et l'utilisation d'outils normés pour le retard de langage et d'apprentissages. Elle permet également de lutter contre les inégalités sociales de santé puisque la visite est proposée aux familles. Le frein principal concernant les MEN reste les effectifs. En effet, 34% des effectifs de GSM a eu un avis médical, avec un temps moyen de consultation de 63 minutes. Étant donné la faiblesse de l'effectif, les MEN ont fait le choix d'une consultation longue, ciblée en priorité sur les enfants les plus en difficulté.

Lors de cette étude, nous avons abordé les différences de pratiques et les freins rencontrés par les intervenants. La complémentarité des acteurs de terrain concerne les pratiques cliniques, par exemple un examen clinique plus complet ou l'utilisation d'un outil normé, mais également leur coopération lorsqu'une anomalie est détectée. Le relais MEN-MT se fait dans le cas où un trouble est détecté par le MEN lors de la visite dans le cadre scolaire. De son côté, le MT peut lui aussi solliciter le MEN s'il détecte des difficultés, que ce soit un trouble du neurodéveloppement (TND), une maladie chronique, une situation de handicap ou encore une situation relevant de la protection de l'enfance. Les TND font partie intégrante du champ de compétences des MEN qui peuvent évaluer la difficulté de l'enfant, l'orienter vers les soins et optimiser son inclusion dans le milieu scolaire. Le rôle du MEN sera alors de faire le lien entre la famille, les professionnels de santé (dont le MT) et l'école : « Médecin scolaire et médecin traitant : complémentarité gagnante ! » (56).

Conclusion

La visite de la 6^{ème} année a pour objectif de dépister un éventuel trouble avant l'entrée à l'école élémentaire afin d'offrir les meilleures chances (scolaires, relationnelles...) à l'enfant. Il s'agit d'une période charnière dans son développement et dans les apprentissages. L'éducation fait partie intégrante des déterminants de la santé, d'où l'importance de la prévention et du dépistage à cet âge. On recherche en particulier un déficit sensoriel ou un retard de langage. Cette visite est obligatoire et doit être réalisée en principe en médecine scolaire mais peut aussi être faite par le médecin traitant de l'enfant, pédiatre ou médecin généraliste.

Nous avons interrogé les médecins de Haute-Garonne concernés par cette visite par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme en ligne, de juin à septembre 2023. Notre étude a mis en évidence des différences de pratiques entre les différents spécialistes. Les médecins scolaires sont ceux qui réalisent le plus de visites de la 6^{ème} année (par praticien) et qui y consacrent le plus de temps. Ils sont en mesure de faire les dépistages visuels et auditifs de tous les enfants qu'ils voient. Ils utilisent des outils normés pour évaluer le langage et les apprentissages. Ils ne déclarent aucun frein au niveau individuel : le principal frein les concernant reste les effectifs du service de santé scolaire.

Les médecins généralistes sont ceux qui réalisent le moins de visites de la 6^{ème} année (par praticien) et qui déclarent le plus de freins pour la réalisation des dépistages, que ce soit le manque de temps, de matériel ou de formation.

Les pédiatres ont une pratique intermédiaire en termes de nombre de visites réalisées, de temps dédié à la consultation, de dépistages effectués. Ils déclarent peu de freins à la réalisation des dépistages, excepté pour le dépistage auditif.

Les techniques utilisées sont également variables selon la spécialité des médecins. Les outils retrouvés lors de cette étude correspondent aux recommandations de la HAS.

A noter que les différents spécialistes sont inégalement répartis sur le territoire et que leurs patientèles sont également différentes. Une inégalité de dépistage au niveau du territoire a pu être retrouvée.

La médecine scolaire devrait être en mesure de voir tous les enfants de Grande Section de Maternelle, or ce n'est pas le cas. De ce fait, et malgré leur démographie difficile, les

médecins libéraux sont de plus en plus sollicités. Il apparait donc nécessaire que tous les médecins soient formés et équipés pour pouvoir assurer cette mission dans les meilleures conditions. Une valorisation de la visite de la 6^{ème} année pour les médecins libéraux pourrait également être une piste de réflexion.

La coordination entre médecin traitant, qu'il soit médecin généraliste ou pédiatre, et médecin de l'Éducation Nationale apparait centrale dans la prise en charge des enfants. Cette relation bidirectionnelle et synergique nous permet d'obtenir la meilleure qualité de soins pour nos jeunes patients, en gardant à l'esprit que de la santé des enfants d'aujourd'hui dépend la santé des adultes de demain.

Lu et Approuvé
Toulouse le 24 Octobre 2023
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 26/10/23

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 6 sept 2023]. Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
2. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0178 du 30/07/1939 (accès protégé) [Internet]. [cité 1 août 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=w@FdCng4Cpj6n0a6K\\$8F](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=w@FdCng4Cpj6n0a6K$8F)
3. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0260 du 05/11/1945 (accès protégé) [Internet]. [cité 1 août 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=tfoqmKDJQ46xmAy26j0w>
4. Rapport 17-08. La médecine scolaire en France – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-scolaire-en-france/>
5. Décret n°73-267 du 2 mars 1973 portant application des articles L. 164-1 et L. 164-2 du code de la santé publique relatifs à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. - Légifrance [Internet]. [cité 1 août 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000494613/2003-05-26/?isSuggest=true>
6. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 6 sept 2023]. Haut conseil de la santé publique : Objectifs de santé publique : Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/haut-conseil-de-la-sante-publique-objectifs-de-sante-publique-evaluation-des>
7. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
8. Verdot C, Salanave B, Torres M, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015 - résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. 13 juin 2017;
9. Surpoids et obésité infantile [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du->

surpoids-et-de-l-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique

10. Vergnaud P, Bertail-Galoin C. Découverte d'une HTA chez l'enfant. *Perfectionnement en Pédiatrie*. mai 2023;6(2):S6-9.
11. Song P, Zhang Y, Yu J, Zha M, Zhu Y, Rahimi K, et al. Global Prevalence of Hypertension in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 déc 2019;173(12):1154.
12. T. Marquillier, T. Trentesaux, C. Delfosse. Caries précoces du jeune enfant. avr 2019 [cité 29 juill 2023];14(2). Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/student/content/emc/51-s2.0-S1877786419890742#hl0000896>
13. HAS. Recommandations en santé publique - Stratégies de prévention de la carie dentaire. 2010.
14. J.Lechevallier, S. Abu Amara. Diagnostic d'une déformation du rachis | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. 2017 [cité 29 juill 2023]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/orthopedie-sport/diagnostic-dune-deformation-du-rachis>
15. Centre de référence des malformations vertébrales et médullaires, HAS. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) - Déformations précoces du rachis. 2022.
16. SOFCOT société française de chirurgie orthopédique et traumatologique [Internet]. 2016 [cité 29 juill 2023]. Tout savoir sur la scoliose de l'enfant et de l'adolescent. Disponible sur: <https://www.sofcot.fr/patients/actualites/tout-savoir-sur-la-scoliose-de-lenfant-et-de-ladolescent>
17. I. Gueorguieva, C. Bouvattier. Cryptorchidie | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. 2017 [cité 29 juill 2023]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/endocrinologie/cryptorchidie>
18. Collège nationale des pédiatres universitaires. Puberté normale et pathologique. In: 7ème.
19. Rigou A. L'incidence de la puberté précoce centrale idiopathique en France révèle une hétérogénéité importante. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 21 sept 2017;
20. Société Française de Pédiatrie, Direction Générale de la Santé. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant - guide pratique. 2009.
21. Collège des ophtalmologistes universitaires de France. Chapitre 4 - Item 52 – Strabisme et amblyopie de l'enfant. In: *Ophtalmologie 5ème édition* [Internet]. 2021 [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294765810000047>
22. L'Institut d'Education Médicale et de Prévention, Syndicat National des

- Ophthalmologistes de France. La prévention de la myopie [Internet]. Ensemble contre la Myopie. 2022 [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://ensemblecontrelamyopie.fr/agir-contre-la-myopie/la-prevention-de-la-myopie/>
23. Collège des ophtalmologistes universitaires de France. Chapitre 2 - Item 85 – Troubles de la réfraction. In: Ophtalmologie 5ème édition [Internet]. 2021 [cité 4 août 2023]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294765810000023>
 24. Syndicat National des Ophtalmologistes de France. SNOF. [cité 20 sept 2023]. Tout savoir sur la vision des couleurs. Disponible sur: <https://www.snof.org/encyclopedie/tout-savoir-sur-la-vision-des-couleurs>
 25. Société Française de Pédiatre, Direction Générale de la Santé. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant - guide pratique. 2009.
 26. OMS. Surdité et d ficiency auditive [Internet]. [cité 5 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
 27. Francois M. Dépistage de la surdité chez l'enfant. E . mai 2019;14(2).
 28. INSERM. Santé de l'enfant - propositions pour un meilleur suivi. 2009.
 29. HAS. Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque - Synthèse [Internet]. 2020 [cité 8 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque
 30. handicap.gouv.fr. La stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement [Internet]. [cité 8 août 2023]. Disponible sur: <http://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>
 31. V. des Portes. Troubles du développement intellectuel : d ficiency intellectuelle, handicap mental. juill 2020 [cité 29 août 2023];36(3). Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/student/content/emc/51-s2.0-S0246107220439124>
 32. Christine RD. Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Diagnostic et prise en charge des enfants et adolescents. 2021;
 33. Ha C. Troubles du spectre de l'autisme : estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le système national des données de santé, France, 2010-2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 10 mars 2020;
 34. Robel L. Recommandations de la Haute Autorité de santé sur l'autisme et ses conséquences légales. oct 2021 [cité 28 août 2023];37(4). Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/student/content/emc/51-s2.0-S0246107221429512>

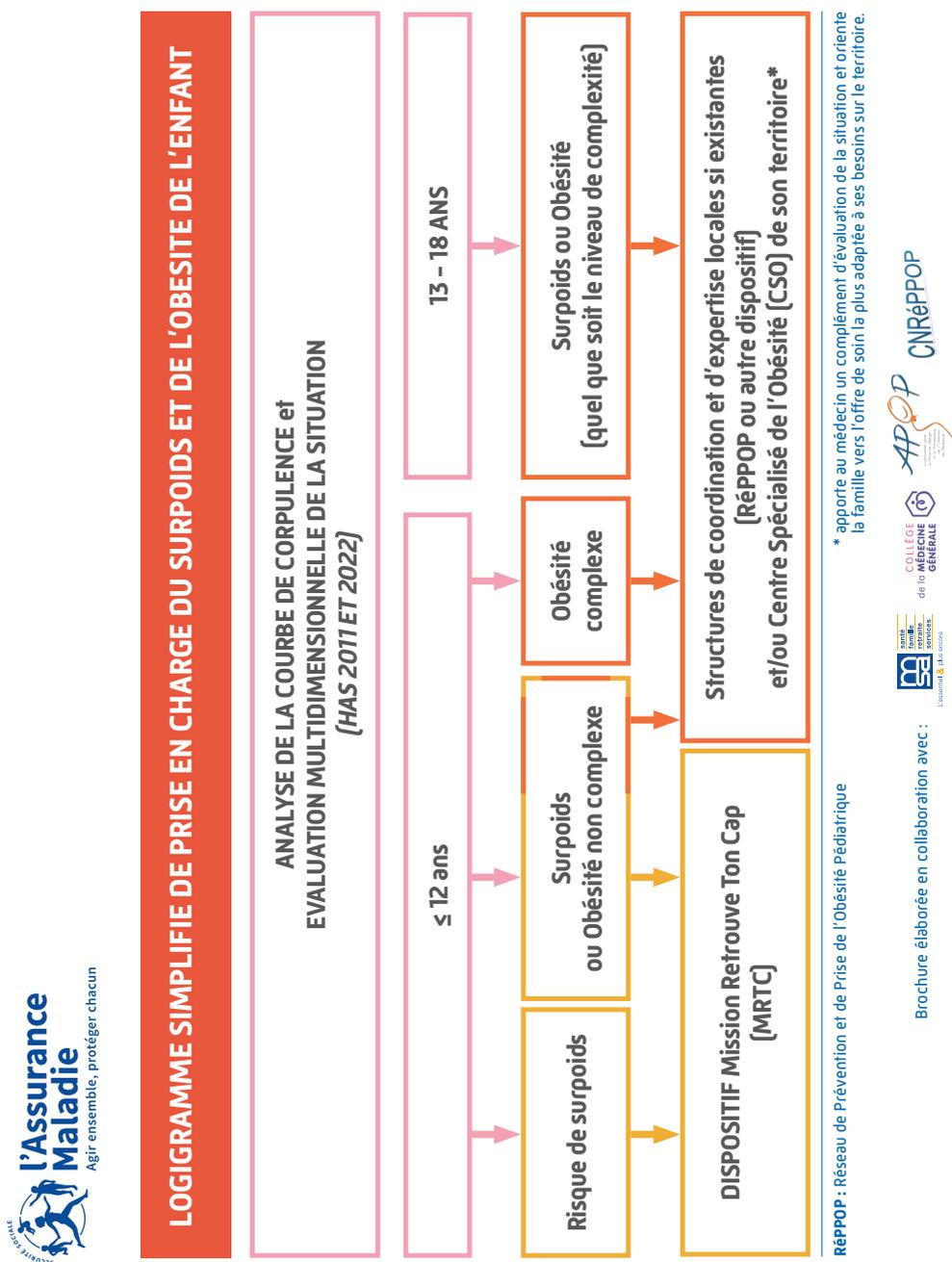
35. C. Billard. Troubles de l'acquisition du langage chez l'enfant. juill 2014;9(3).
36. Vaivre-Douret L. Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie. oct 2021;37(4).
37. HAS. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? Guide parcours de santé. 2017.
38. Conseil scientifique de l'éducation nationale, Mazza S, Igloi K, Plancoulaine S, Rey A, Shankland R. Mieux dormir pour mieux apprendre - synthèse de la recherche et recommandations. 2022.
39. M. Haddad, A. Faure, P. Gastaldi, E. Mille, T. Merrot. Énurésie de l'enfant. juill 2022;40(3).
40. Collège National des Pédiatres Universitaires. Troubles du sommeil – SAOS. In: Pédiatrie. p. 711-9.
41. MangerBouger. Manger Bouger. 2021 [cité 9 août 2023]. Les recommandations pour les enfants de 6 à 11 ans. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/bouger-plus/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-et-conseils-pour-les-enfants-et-adolescents/les-recommandations-pour-les-enfants-de-6-a-11-ans>
42. Activité physique [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
43. Picherot G, Cheymol J, Assathiany R, Barthet-Derrien MS, Bidet-Emeriau M, Blocquaux S, et al. L'enfant et les écrans : les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles. *Perfectionnement en Pédiatrie*. mars 2018;1(1):19-24.
44. HCSP. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019 déc [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759>
45. Marcelli D, Bossière MC, Ducanda AL. L'exposition précoce et excessive aux écrans (EPEE) : un nouveau syndrome: *Devenir*. 15 juill 2020;Vol. 32(2):119-37.
46. DGS_Année.M. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 20 sept 2023]. Saturnisme. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/batiments/article/saturnisme>
47. Fondation pour l'Enfance [Internet]. [cité 20 sept 2023]. L'enfance en danger. Disponible sur: <https://www.fondation-enfance.org/protger/lenfance-en-danger/>
48. Lachaussée S, Bednarek S, Absil G, Vanmeerbeek M. Les enfants négligés : ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent: *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*. 1

avr 2012;N° 1(1):4-9.

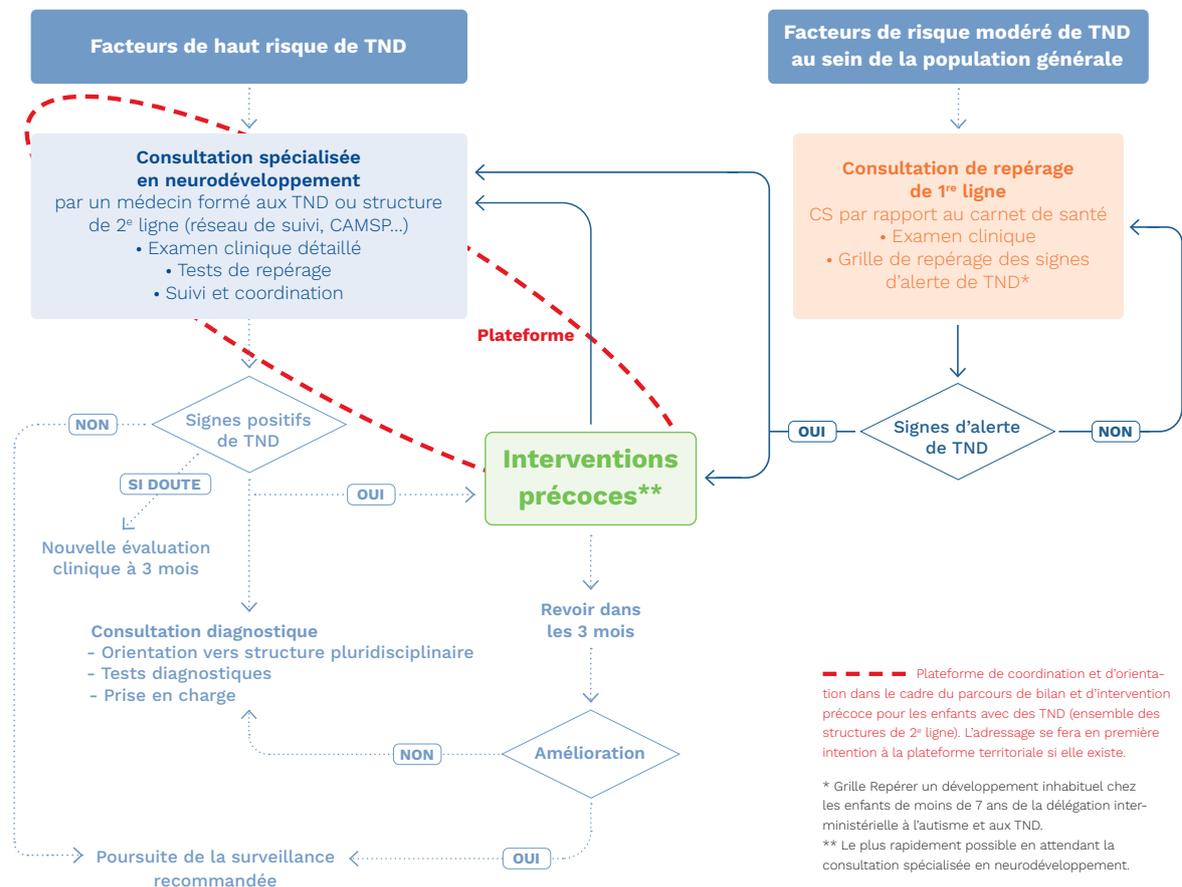
49. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. [cité 9 août 2023]. Violences éducatives ordinaires. Disponible sur: <https://afpa.org/violences-educatives-ordinaires/>
50. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
51. Wattel I. Portrait des conséquences associées aux maltraitements infantiles intrafamiliaux à partir d'une recension d'écrits scientifiques. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*. 28 juill 2020;10(1):28-44.
52. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014.
53. Lang T, Saurel-Cubizolles MJ, De Villemeur AB, Aujard Y, Colson S, Com-Ruelle L, et al. La santé des enfants en France : un enjeu négligé ? : *Santé Publique*. 12 oct 2020;Vol. 32(4):329-38.
54. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires - Propositions [Internet]. 2005 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires
55. Faites-les lire ! pour en finir avec le crétin digital. Paris: Éditions du Seuil; 2023.
56. Moltrecht B, Direction générale de l'enseignement scolaire,. Missions du médecin scolaire. *oct 2022*;36(1070).

Annexes

Annexe 1 : Logigramme simplifié de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant



Annexe 2 : Diagramme du parcours d'un enfant à risque de TND



Annexe 3 : Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans – Signes d'alerte à 6 ans



SIGNES D'ALERTE

À 6 ANS

3 « non » dans 2 domaines différents

Motricité globale, contrôle postural et locomotion	
• Saute à cloche pied trois à cinq fois (sur place ou en avançant)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Court de manière fluide et sait s'arrêter net	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Marche sur les pointes et les talons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Motricité fine et praxies	
• Ferme seul son vêtement (boutons ou fermeture éclair)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Touche avec son pouce chacun des doigts de la même main après démonstration	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Copie un triangle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Se lave et/ou s'essuie les mains sans assistance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Langage oral	
• Peut raconter une petite histoire de manière structurée (avec début, milieu et fin) (exemple : histoire qu'on lui a lu, dessin animé qu'il a vu, événement qui lui est arrivé ... éventuellement suggéré par les parents)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Peut dialoguer en respectant le tour de parole (par exemple sur un sujet qui l'intéresse)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• S'exprime avec des phrases construites (grammaticalement correctes)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cognition	
• Dénombrer dix objets présentés (crayons, jetons, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Peut répéter dans l'ordre trois chiffres non sériés (5, 2, 9)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Reconnaît tous les chiffres (de 0 à 9)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Maintient son attention environ dix minutes sur une activité qui l'intéresse, sans recadrage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Socialisation	
• Reconnaît l'état émotionnel d'autrui et réagit de manière ajustée (sait consoler son/sa camarade)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Commentaire libre :	

Annexe 4 : Tableau d'orientation vers les interventions précoces simultanément ou en attente du diagnostic

Déficit	Type d'intervention
Troubles du tonus ou du développement de la motricité ou de la posture	Kinésithérapie , ergothérapie, psychomotricité,
Troubles de l'oralité alimentaire et verbale	Orthophonie , kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie
Troubles de la communication et du langage	Orthophonie , ORL
Troubles visuels	Orthoptie, ophtalmologie
Troubles du comportement : anxiété, inhibition, agitation, troubles de la régulation émotionnelle et des conduites	Psychomotricité, éducation spécialisée, psychologie, ou pédopsychiatrie
Trouble de la coordination isolé (maladresse)	Ergothérapie, psychomotricité
Troubles de la motricité fine	Ergothérapie, psychomotricité en fonction de l'âge
Difficultés graphiques, environnementales et besoin d'installation	Ergothérapie , psychomotricité
Décalage global des acquisitions (suspicion de trouble du développement intellectuel - TDI)	< 4 ans : orthophonie, psychomotricité, > 4 ans : orthophonie, psychomotricité plus si possible neuropsychologie
Trouble de l'attention et des fonctions exécutives	Neuropsychologie , ergothérapie, orthophonie, psychomotricité
<p>Ces orientations se feront en fonction de l'âge de l'enfant et en fonction du maillage territorial et de l'expertise en neurodéveloppement pédiatrique des différents professionnels disponibles.</p> <p>Les professions surlignées en gras sont à prioriser.</p>	

Annexe 5 : SNAP-IV

SNAP-IV 26 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR LE PARENT/PROFESSEUR

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715 (version française – non validée)

Nom: _____

Sexe: _____ Age: _____ Niveau scolaire: _____ Taille de la classe: _____

Complété par: _____ Parent _____ Professeur _____

Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. Agite souvent les mains ou les pieds				
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
15. Parle souvent trop				
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex: intervient dans les conversations ou dans les jeux)				
19. Se met souvent en colère				
20. Conteste souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				

Annexe 6 : Questionnaire d'identification du trouble développemental de la coordination
DCDQ-FE

QUESTIONNAIRE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION (5-15 ANS)
VERSION EN FRANÇAIS POUR L'EUROPE
DCDQ-FE ©



Nom, prénom de l'enfant : _____ Date du jour :

Nom, prénom du répondant : _____ Date de naissance de l'enfant :

Lien avec l'enfant (père, mère) : _____ Âge de l'enfant :

Année	Mois	Jour

Ce questionnaire aborde des habiletés motrices dont votre enfant se sert pour faire des activités avec ses mains ou lorsqu'il bouge.

Pour chaque description, *cochez la case qui représente le mieux le fonctionnement de votre enfant.*

Les coordinations d'un enfant s'améliorent chaque année à mesure qu'il grandit. Pour cette raison, il sera plus facile pour vous de choisir une réponse si vous comparez le niveau de coordination de votre enfant *avec celui d'autres enfants du même âge*. Si votre enfant fonctionne de manière comparable aux enfants du même âge, ou mieux que les autres, cochez la réponse 5.

	La description correspond :				
	pas du tout à mon enfant	un peu à mon enfant	modérément à mon enfant	assez à mon enfant	tout à fait à mon enfant
	1	2	3	4	5
1. Votre enfant <i>lance un ballon</i> de manière contrôlée et précise.					
2. Votre enfant <i>attrape une petite balle</i> (par exemple de la taille d'une balle de tennis) lancée sur lui d'une distance d'environ 2 à 2,5 mètres.					
3. Votre enfant <i>frappe avec précision une balle ou un volant</i> lancé sur lui avec une raquette.					
4. Votre enfant <i>saute facilement par-dessus</i> des obstacles que l'on trouve dans les jardins et les aires de jeu.					
5. Votre enfant <i>court vite et de façon comparable</i> à celle des enfants du même âge et du même sexe.					
6. Lorsque votre enfant a <i>le projet</i> de faire une <i>activité motrice</i> , il/elle peut effectivement la réaliser (par ex. construire une cabane, utiliser des installations d'aires de jeu, faire un jeu de construction, un bricolage).					

Suite au verso...

QUESTIONNAIRE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION (5-15 ANS)
VERSION EN FRANÇAIS POUR L'EUROPE - DCDQ-FE[®]

	La description correspond :				
	pas du tout à mon enfant	un peu à mon enfant	modé- rément à mon enfant	assez à mon enfant	tout à fait à mon enfant
	1	2	3	4	5
7. Votre enfant <i>écrit</i> , ou s'il/elle n'écrit pas encore, dessine suffisamment <i>rapidement</i> pour suivre le rythme des enfants de sa classe.					
8. Votre enfant <i>écrit</i> des lettres, des chiffres et des mots de manière <i>lisible</i> et précise, ou s'il/elle n'écrit pas encore, <i>colorie</i> sans dépasser et fait des dessins que vous pouvez reconnaître.					
9. Votre enfant fournit <i>une pression</i> adaptée pour écrire ou dessiner (il/elle ne tient pas son crayon de manière crispée, son écriture n'est pas appuyée ou trop foncée, ni trop claire).					
10. Votre enfant <i>découpe</i> des images et des <i>formes</i> avec précision et facilité.					
11. Votre enfant s'intéresse et <i>aime</i> participer <i>aux activités sportives ou jeux dynamiques</i> qui nécessitent de bonnes capacités motrices.					
12. Votre enfant apprend facilement <i>de nouvelles activités motrices</i> (par exemple nager, faire du patin à roulettes) et n'a pas besoin de plus de pratique ou de temps que les enfants de son âge pour atteindre le même niveau de réalisation.					
13. Votre enfant effectue avec <i>rapidité et facilité</i> les activités ordinaires de la vie quotidienne (par exemple ranger ses affaires, enfiler et lacer ses chaussures, s'habiller, etc.)					
14. Votre enfant vous semble <i>adroit</i> (n'a pas tendance à renverser ou casser les objets).					
15. Votre enfant peut rester assis en se tenant droit un certain temps (ne se fatigue pas facilement ou <i>ne s'avachit pas</i> comme s'il tombait de sa chaise).					

Merci pour vos réponses

Annexe 7 : Questionnaire d'identification des facteurs environnementaux de risque d'exposition au plomb, actuels ou récents, pour un enfant de moins de 6 ans

Questionnaire d'identification des facteurs environnementaux de risque d'exposition au plomb, actuels ou récents, pour un enfant de moins de 6 ans

- L'enfant habite ou fréquente régulièrement un bâtiment ancien construit avant 1975, (surtout s'il a été construit avant 1949¹) ou encore dont la date de construction est inconnue et :
 - o les peintures sont écaillées (murs, huisseries, ferronneries, etc.)
 - o ou des travaux de rénovation (notamment décapage ou ponçage de vieilles peintures) ont été récemment réalisés ;
- ou l'enfant mange des écailles de peinture (activités main-bouche ; comportement de Pica).
- L'enfant consomme de l'eau du robinet et la présence de canalisations en plomb dans le logement est connue.
- Une ou plusieurs personnes dans l'entourage de l'enfant fument régulièrement dans le logement en présence de l'enfant.
- Dans l'entourage de l'enfant, une autre personne (famille ou voisin du même bâtiment) est, ou a été, intoxiquée par le plomb.
- Les parents (ou l'enfant) exercent une activité à risque d'exposition au plomb: professionnelle (industrielle, artisanale,) ou de loisir (tir, chasse, pêche, modélisme), y compris une activité de récupération (ferrailage) .
- L'enfant est arrivé récemment (moins d'un an) en France (ou fait des séjours réguliers dans un pays à risque²).
- L'enfant habite ou fréquente régulièrement des lieux proches d'un site industriel à risque, en activité ou non, ou un lieu de vie précaire (squat, bidonville).
- L'enfant consomme des fruits ou des légumes cultivés dans un jardin proche d'un site industriel rejetant ou ayant rejeté du plomb dans l'atmosphère.
- L'enfant reçoit des remèdes traditionnels.
- Des cosmétiques traditionnels sont utilisés sur l'enfant.
- Des ustensiles de cuisine ou une vaisselle en céramique artisanale ou en alliage métallique contenant du plomb sont utilisés pour les repas de l'enfant.

Si au moins une réponse est positive, le médecin prescrira une plombémie à l'enfant et remplira le formulaire Cerfa n°12378*03.

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12378.do

¹ L'étude Plomb-Habitat de Glorennec *et al.* (2015) a montré que des peintures au plomb sont encore présentes, en moindre proportion et quantité, dans les constructions après l'interdiction de l'après-guerre. Glorennec P., Lucas J.P, Etchevers A., Oulhote Y., Mandin C., Poupon J., Le Strat Y *et al.* 2015. « Exposition au plomb des enfants dans leur logement. Projet Plomb-Habitat (2008-2014) : principaux résultats, retombées et perspectives ». *Environnement, Risques & Santé* 14 (1): 28-37. doi:10.1684/ers.2014.0751.

² Les plombémies en population générale sont souvent plus élevées qu'en France, dans certains pays d'Afrique, du Moyen-Orient, d'Asie du sud-est, des Antilles et d'Europe de l'est.

Prévention et dépistage chez l'enfant : cas de la visite de la 6ème année.

La santé de l'enfant repose sur la collaboration de différents spécialistes : médecins généralistes, pédiatres, médecins de l'Éducation Nationale/médecins scolaires et de PMI. Tous ces professionnels sont amenés à effectuer un certain nombre de visites médicales obligatoires entre 0 et 18 ans. Nous nous intéressons ici à la visite de la 6ème année, qui correspond aux pages 58-59 du carnet de santé.

Ce questionnaire s'adresse à tous les médecins généralistes, pédiatres libéraux et MEN/médecins scolaire du département de la Haute-Garonne.

L'étude des pratiques nous permettra de mettre en évidence la complémentarité des différents acteurs, d'identifier les freins et leviers à la réalisation de l'ensemble des dépistages, et de comparer les techniques et matériels utilisés.

- 1) Êtes-vous :
 - Médecin généraliste
 - Pédiatre
 - Médecin de l'Éducation Nationale / médecin scolaire

1bis) Appartenez-vous à un réseau/parcours de soins ? Si oui lequel ? (Question ouverte)

- 2) Exercez-vous majoritairement en zone :
 - Urbaine
 - Rurale
 - Semi-rurale

Seulement si médecin généraliste ou pédiatre :

Quel est le code postal du lieu où vous exercez ? (Question ouverte)

- 3) Quel est selon vous la/les catégorie(s) socio-professionnelle(s) la/les plus représentée(s) de votre patientèle ?
 - Au foyer ou sans emploi

- Agriculteurs, artisans
- Commerçants, chef d'entreprise
- Employés, ouvriers
- Professions intermédiaires
- Professions intellectuelles supérieures, cadres supérieurs

4) Combien de visites de la 6ème année pensez-vous réaliser par an ?

- Moins de 20
- De 20 à 50
- De 50 à 100
- Plus de 100

5) Combien de temps (en minutes) consacrez-vous en moyenne à une visite de la 6ème année ?

(Question ouverte)

SAUT DE PAGE

6) Concernant l'examen somatique, réalisez-vous :

- Poids taille
- IMC et analyse de la courbe de corpulence
- Auscultation cardio-pulmonaire
- Pression artérielle
- Examen buccodentaire (nombre de dents, nombre de dents cariées)
- Examen pharyngé
- Otoscopie
- Examen du dos
- Examen des organes génitaux externes

7) Quels items du développement psychomoteur recherchez-vous systématiquement ?

- Marche talon-pointe
- Épreuve doigt-nez
- Coordination main-pied

- Distingue matin, après-midi, soir
- Montre le dessus, le dessous
- Motricité fine : bouton sur lui
- Je ne fais aucun de ces examens

SAUT DE PAGE

8) Réalisez-vous un dépistage visuel ? oui/non

SI OUI A LA QUESTION 8

- 9) Examinez-vous
- La vision de près
 - La vision de loin
 - La recherche de strabisme
 - La poursuite oculaire
 - La tolérance à l'occlusion oculaire alternée
 - La vision stéréoscopique
 - La vision des couleurs

9 bis) Utilisez-vous :

- Un réfractomètre automatique
- Le E de Snellen
- Le Cadet / Picasso / Monoyer enfant (images)
- Le Monoyer ou le test Ella (lettres)
- Le test de Parinaud
- Lunettes + 2 dioptries
- Le test de Lang
- Le test d'Ishihara
- Autre

Si autre :

Autre test visuel : (Question ouverte)

SI NON A LA QUESTION 8

9) Pourquoi ?

- Manque de temps
- Manque de matériel
- Manque de formation
- Examen déjà réalisé (par vous-même ou par un autre professionnel de santé)
- Autre

Si autre :

Autre frein au dépistage visuel : (Question ouverte)

SAUT DE PAGE

10) Réalisez-vous un test auditif ? oui/non

SI OUI A LA QUESTION 10

11) Quel matériel/technique utilisez-vous ?

- Audiométrie
- Test à la voix chuchotée
- Audio 4
- Boîtes à retournement de Moatti
- Autre

Si autre :

Autre test auditif : (Question ouverte)

SI NON A LA QUESTION 10

11) Pourquoi ?

- Manque de temps
- Manque de matériel

- Manque de formation
- Examen déjà réalisé (par vous-même ou par un autre professionnel)
- Autre

Si autre :

Autre frein au dépistage auditif : (Question ouverte)

SAUT DE PAGE

12) Recherchez-vous un retard de langage ?

- Oui, avec une évaluation clinique simple
- Oui, avec un outil normé (BMTi, EDA, BSEDS...)
- Non

13) Recherchez-vous un décalage dans les apprentissages ?

- Écrire son prénom
- Dessin du bonhomme
- Copie de figures (triangle, carré)
- Compter 13 cubes ou jetons
- J'utilise un outil normé (BMT BSEDS EDA...)
- Je ne fais aucun de ces examens

SI « Oui avec un outils normé » (Q°12) ou « j'utilise un outils normé » (Q°13) :

Avec quel(s) outil(s) évaluez-vous le langage ou les apprentissages ? (Question ouverte)

SI « Non » à la Q°12 ou « Je ne fais aucun de ces examens » à la Q°13 :

Si vous ne recherchez pas de retard de langage ou de décalage dans les apprentissages, pourquoi ?

- Manque de temps
- Manque de matériel
- Manque de formation
- Examen déjà réalisé (par vous-même ou par un autre professionnel de santé)

- Autre

Si autre :

Autre frein à la recherche d'un retard de langage/décalage dans les apprentissages (question ouverte)

- 14) Examinez-vous le comportement global (autonomie, spontanéité, capacité d'attention)
- Oui
 - Non

SAUT DE PAGE

15) Interrogez-vous sur l'hygiène de vie et les habitudes familiales ?

- Sommeil
- Alimentation
- Activité physique
- Exposition aux écrans
- Propreté diurne et nocturne
- Hygiène buccodentaire
- Lecture d'histoires
- Activités culturelles

16) Recherchez-vous des facteurs de risque de saturnisme ? oui/non

17) Proposez-vous systématiquement une mise à jour vaccinale avec les vaccins recommandés ?

- Oui, le ROR
- Oui, vaccination contre l'hépatite B
- Oui, vaccination contre le méningocoque C
- Autre
- Non, je ne propose aucun vaccin de façon systématique

Si autre :

Autre vaccin proposé : (Question ouverte)

SAUT DE PAGE

18) Recherchez-vous des violences intra-familiales ? oui/non

Si NON :

18bis) Pourquoi ?

- Manque de temps
- Je ne sais pas comment aborder le sujet
- Autre

Si autre :

Autre frein à la recherche de violences intra-familiales : (Question ouverte)

SAUT DE PAGE

Souhaitez-vous faire des remarques ou des commentaires ?

FIN

AUTEUR : Emilie CHAMAND

TITRE : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION ET DEPISTAGE CHEZ L'ENFANT : CAS DE LA VISITE DE LA 6^{ème} ANNEE EN HAUTE-GARONNE

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Sonia PECASTAING-GOMEZ

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : TOULOUSE le 27 novembre 2023

La visite de la 6^{ème} année a pour objectif de dépister un éventuel trouble avant l'entrée à l'école élémentaire. Il s'agit d'une visite de prévention globale qui permet en particulier le dépistage de troubles sensoriels et de troubles du langage, prérequis à la scolarité.

Différents spécialistes peuvent être amenés à réaliser cette consultation : médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les pratiques des médecins en Haute-Garonne concernant la visite de la 6^{ème} année afin de déterminer la complémentarité des différents acteurs de soin et de prévention.

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence la diversité des pratiques en termes de matériels et techniques utilisés, et d'analyser les freins et leviers à la réalisation des différents dépistages.

Les médecins ont été interrogés via un questionnaire anonyme en ligne de juin à septembre 2023.

L'étude montre des différences de pratiques entre les spécialités, tant en termes d'examen réalisés que de matériels utilisés. Les médecins généralistes sont ceux déclarant le plus de freins pour les différents dépistages. Les patientèles des praticiens sont également différentes selon les spécialités des médecins. Une inégalité de dépistage au niveau du territoire a pu être mise en évidence.

Cette visite chronophage et exigeante souligne la complémentarité entre médecin scolaire et médecin traitant.

STATUS OF PREVENTION AND SCREENING PRACTICES IN CHILDREN: CASE OF THE 6th YEAR VISIT IN HAUTE-GARONNE

The aim of the sixth-year consultation is to screen for any disorders prior to entry into primary schools. This is a general preventive visit, with a particular focus on screening for sensory and language disorders, which are a prerequisite for schooling.

Various specialists may be called in to carry out this consultation: general practitioners, paediatricians and school doctors.

The main objective of this study is to analyse the practices of doctors in Haute-Garonne regarding the 6th year check-up, in order to determine how the various healthcare and prevention specialists complement each other.

The secondary objectives are to highlight the diversity of practices in terms of the materials and techniques used, and to analyse the obstacles and levers to carrying out the various screenings.

Doctors were questioned via an anonymous online questionnaire between June and September 2023.

The study shows differences in practices between specialties, both in terms of the tests performed and the equipment used. General practitioners reported the most obstacles to the various screening tests. Practitioners' patient bases also vary according to their speciality. Inequalities in screening across the region were highlighted.

This time-consuming and requiring visit underlines the complementary nature of school doctors and child's doctors.

Mots-Clés : enfant - prévention - dépistage - visites obligatoires - visite de la 6^{ème} année
child - prevention - screening - obligatory check-ups - 6th year check-up

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France