



HAL
open science

Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans : les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie

Amélie Frémont

► **To cite this version:**

Amélie Frémont. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans : les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00967364

HAL Id: dumas-00967364

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00967364v1>

Submitted on 28 Mar 2014

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

2014

Thèse pour le doctorat en Médecine Générale

(Diplôme d'état)

Amélie FREMONT

Née le 14/10/1983 à Gien

Présentée et soutenue publiquement le 07/01/2014

Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans : Les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne ?

Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie.

Président du jury : Professeur Stéphane MARRET

Directeur de thèse : Docteur Bruno ARRESTIER

Membres du jury : Professeur Jean-Loup HERMIL
Professeur Jean-Paul MARIE
Docteur Aude CHAROLLAIS

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

2014

Thèse pour le doctorat en Médecine Générale

(Diplôme d'état)

Amélie FREMONT

Née le 14/10/1983 à Gien

Présentée et soutenue publiquement le 07/01/2014

Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans : Les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne ?

Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie.

Président du jury : Professeur Stéphane MARRET

Directeur de thèse : Docteur Bruno ARRESTIER

Membres du jury : Professeur Jean-Loup HERMIL
Professeur Jean-Paul MARIE
Docteur Aude CHAROLLAIS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD – J.P. FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (<i>Surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET- BLANQUART (<i>Surnombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé

M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN <i>(Surnombre)</i>	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT <i>(Surnombre)</i>	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie

M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du développ. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie

M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovase)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Bruno Arrestier,

Médecin généraliste à Fontaine la Mallet et enseignant du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vos conseils et vos remarques ont été très précieux et ce travail n'aurait pu aboutir sans votre soutien et vos encouragements. Je vous en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Stéphane Marret,

Chef du service de Pédiatrie Néonatale et Réanimation, et responsable du Centre de Référence des Troubles des Apprentissages du C.H.U. de Rouen,

Vous me faites l'honneur d'être le président de mon Jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,

Directeur du Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen,

Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération. Merci aussi pour tout ce que vous m'avez enseigné durant mon internat.

A Monsieur le Professeur Jean-Paul Marie,

Praticien hospitalier dans le service D'O.R.L. du C.H.U. de Rouen,

Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect pour avoir accepté sans hésitation de juger ce travail.

A Madame le Docteur Aude Charollais,

Neuropédiatre du service de Pédiatrie Néonatale et Réanimation, et médecin coordonnateur référent du Centre de Référence des Troubles des Apprentissages du C.H.U. de Rouen,

Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. Merci pour les formations que vous organisez et auxquelles j'ai eu la chance de participer.

Aux 17 médecins généralistes de cette étude. Sans vous, ce travail de thèse n'aurait pu être réalisé. Merci pour votre participation et pour les points de vue que vous avez partagés avec moi lors des entretiens.

Aux secrétaires, en particulier Annick, Christine et Dulciane, et *aux parents.* Votre coopération a rendu possible l'expérimentation des IFDC.

Au Docteur Bruno Arrestier. Encore une fois, merci pour tout et surtout pour votre patience. Je sais que je vous ai fait veiller tard mais nous sommes finalement arrivés au bout de ce travail.

Au Docteur Lucile Pellerin-Kurtz. Tu as su me remotiver quand j'avais l'impression que je n'y arriverais pas. Merci aussi pour tes conseils lors de l'élaboration du guide d'entretien et pour ta rigueur méthodologique.

A Mme Séverine Allais, documentaliste. Merci de votre disponibilité et de votre patience au cours de mes recherches bibliographiques.

A mes amies Alice, Armelle, Céline, et Hélène. Vous savez ce que c'est d'écrire une thèse et vous m'avez toutes, à un moment ou à un autre, apporté votre soutien. Merci d'avoir été là.

A mes amies Mathilde et Sabine. Merci pour votre réconfort et votre participation active. *A Hubert.* Merci de m'avoir aidé à trouver mon 3^{ème} membre du Jury.

A mes amis Steff, Lochness, Goldfish, Metalyogi, Kito, Madi, Vilo, Iounyt, Brad, Tsunami, Caméléon, Gagasim, Harfang, Karine, Manu, Montlouisienne, Muriel, Thony et les autres. Chose promise, chose due !

A ma belle-famille. Merci pour vos encouragements et pour avoir gardé mon petit Louis. Merci aussi pour les bons moments partagés.

A Yolande, ma belle-maman. Merci pour votre relecture et votre présence.

A mes parents. C'est grâce à vous que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui. Je ne pourrai jamais vous remercier assez. Je vous dédie ce travail.

A Romain, l'homme de ma vie. Sans toi, cette thèse ne serait pas ce qu'elle est. Merci pour tes compétences en informatique et de me supporter au quotidien. Profite, car tu ne seras bientôt plus le seul docteur de la maison !

A Louis, mon petit bonhomme. Ces derniers mois n'ont pas été faciles pour toi mais je compte bien me rattraper !

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION	14
SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE	17
I. Acquisition du langage oral chez l'enfant	18
1. Période prélinguistique (de 0 à 1 an)	19
2. Période linguistique (après 1 an)	20
II. Troubles de l'acquisition du langage oral de l'enfant	22
1. Troubles spécifiques du langage oral	22
1.1. Les troubles articulatoires	23
1.2. Le retard simple de parole	24
1.3. Le retard simple de langage	24
1.4. Les dysphasies de développement	25
1.5. Les autres troubles spécifiques du langage : les troubles du rythme de la parole	27
2. Troubles secondaires du langage	29
2.1. Principaux déficits liés à des lésions neurologiques	29
2.2. Troubles du langage et déficiences intellectuelles	30
2.3. Troubles du langage en psychopathologie	31
2.4. Anomalies ORL pouvant perturber le langage	32
2.5. Troubles du langage et carences socio-affectives graves	33
III. Recommandations actuelles	34
IV. Principaux outils de repérage et de dépistage des troubles du langage oral en médecine générale	35
1. Tests recommandés par la commission d'experts	35
1.1. Le D.P.L.3	35
1.2. L'ERTL4	35
1.3. L'ERTLA6	36
1.4. La BREV	36
2. Autres outils utilisables	37
2.1. Dialogoris	37
2.2. Les IFDC	37
MATERIEL ET METHODE	42
I. Choix de la méthode de recherche	43
II. Choix des sujets interviewés	43
III. Recueil des données	45
IV. Analyse des données	47
V. Avis du Comité de Protection des Personnes	48

RESULTATS	49
I. Données sociodémographiques des médecins interrogés	50
II. Dépistage des troubles du langage oral en médecine générale	51
1. Place du médecin généraliste dans le dépistage des troubles du langage	51
2. Rôle des parents vis-à-vis du langage de leur enfant et du dépistage	55
3. Place des autres intervenants	58
4. Obstacles au dépistage des troubles du langage oral	59
III. Utilisation des IFDC en médecine générale	66
1. Opportunité de repérer des difficultés de langage avant l'âge de 3 ans	66
2. Expérimentation des IFDC par les médecins	67
DISCUSSION	75
I. Forces et limites de l'étude	76
1. Forces de l'étude	76
2. Limites de l'étude	78
II. Analyse des résultats	80
1. Quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage des troubles du langage ?	80
2. Quels sont les obstacles au dépistage des troubles du langage oral qui ont été identifiés et quelles sont les solutions envisagées ?	84
3. Les IFDC sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne ?	89
III. Perspectives	95
1. Schémas hypothétiques	95
2. Pistes de recherche	96
3. Actions possibles	96
CONCLUSION	97
GLOSSAIRE	100
BIBLIOGRAPHIE	104
ANNEXES	113
CEDEROM	

ABBREVIATIONS

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
APA : American Psychiatric Association
BREV : Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives
CFTMEA-R : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent révisée
CIM : Classification Internationale des Maladies
CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
CP : Cours Préparatoire
CPP : Comité de Protection des Personnes
CCPPRB : Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DGS : Direction Générale de la Santé
DPL3 : Dépistage et Prévention Langage à 3 ans
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
DVD : Digital Video Disc
ECN : Examen Classant National
EEG : Electroencéphalogramme
ERTL4 : Epreuve de Repérage des Troubles du langage à 4 ans
ERTLA6 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et de l'Apprentissage à 6 ans
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
IFDC : Inventaires Français du Développement Communicatif
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGEN : Inspection Générale de l'Education Nationale
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
LME : Longueur Moyenne des Enoncés
LSD : Language Development Survey
MB-CDI : MacArthur-Bates Communicative Development Inventories
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PMI : Protection Maternelle et Infantile
QI : Quotient Intellectuel
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SEPA : Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire
SFP : Société Française de Pédiatrie
TSDL : Trouble Spécifique du Développement du Langage
USPSTF : U.S. Preventive Services Task Force
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

Un jour, en fin de consultation, une maman m'a demandé ce que je pensais du langage de son fils de 18 mois. Je me suis trouvée sans réponse « scientifique » à lui donner, hormis une simple impression clinique. Pourtant, n'est-ce pas le rôle du médecin généraliste de repérer le plus tôt possible un enfant qui ne se développe pas normalement et notamment qui ne développe pas normalement ses compétences verbales, tarde à parler ou ne parle pas ?

Les difficultés ou les troubles de l'acquisition du langage oral constituent un motif fréquent de consultation et même si le taux de prévalence chez le jeune enfant varie d'une étude à une autre, les chiffres restent significatifs, entre 5 et 10 % (Silva *et al.*, 1983 ; Tomblin *et al.*, 1997 ; Law *et al.*, 1998 ; Ringard, 2000 ; Nelson *et al.*, 2006), dont 1 % de troubles sévères et durables (Ringard, 2000). Il est donc impératif de favoriser le repérage et le dépistage de ces troubles qui peuvent, en cas de persistance, avoir des conséquences néfastes sur les apprentissages scolaires, le développement personnel et l'insertion sociale.

Les troubles du langage sont devenus depuis quelques années une véritable question de santé publique et ont donné lieu à la mise en œuvre en 2001 d'un plan d'action interministériel pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (Veber et Ringard, 2001). Dans ce contexte, les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2005 portant sur « Le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans » rappellent la nécessité pour tout professionnel médical ayant en charge des enfants, de rechercher des difficultés de langage oral entre 3 et 6 ans, même en l'absence de plainte (HAS, 2005).

A ce jour, en France, les tests recommandés pour le dépistage des troubles du langage concernent donc les enfants de plus de 3 ans (HAS, 2001 ; HAS, 2005 ; Vallée et Dellatolas, 2005). Or, pour éviter ou limiter les conséquences d'un tel trouble, pourquoi ne pas identifier le plus précocement possible les enfants qui risquent de développer un trouble du langage afin d'entreprendre des mesures correctives au plus tôt, au moment où les bases du langage se mettent en place, ou tout du moins anticiper un peu plus une prise en charge spécialisée si elle s'avère nécessaire ?

Un retard de langage repéré avant l'âge de 3 ans peut, du fait de la variabilité inter individuelle, se normaliser avec le temps, mais dans environ 50 à 60 % des cas, celui-ci persistera (Silva *et al.*, 1983 ; Dale *et al.*, 2003 ; Nelson *et al.*, 2006 ; Prathanee *et al.*, 2006) et engendrera des problèmes dans l'apprentissage de la lecture (Silva *et al.*, 1987 ; Catts *et al.*, 2002). De récentes études ont même montré que pour les enfants ayant « apparemment récupéré », la moitié d'entre eux gardait des difficultés de langage à l'adolescence (Stothard *et al.*, 1998 ; Rescorla, 2005 ; Prathanee *et al.*, 2006).

Ainsi, en 2008, une revue de la littérature portant sur la « Pertinence du dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de moins de 3 ans en soins primaires », concluait au bien-fondé de ce dépistage précoce ainsi qu'à l'amélioration significative des résultats sur le langage

d'une rééducation débutée avant l'âge de 3 ans (Saltzman-Burdet, 2008). Elle se penchait aussi sur l'existence d'un test de dépistage fiable utilisable à cet âge, et proposait deux types d'évaluation dont le questionnaire parental CDI (Communicative Development Inventories- Words and Sentences) de MacArthur-Bates (Heilmann *et al.*, 2005 ; Westerlund *et al.*, 2006) qui a donné naissance en France aux IFDC (les Inventaires Français du Développement Communicatif) (Bovet *et al.*, 2005).

Il nous est donc paru intéressant de savoir si les IFDC seraient utilisables dans le cadre de l'activité quotidienne de médecine de soins primaires pour repérer les difficultés de langage chez les enfants de moins de 3 ans.

Pour cela, nous avons réalisé une enquête qualitative auprès de 17 médecins généralistes afin de connaître leur expérience sur le sujet et leur avis suite à leur expérimentation des IFDC. Nous avons ensuite analysé les résultats obtenus pour essayer de mettre en évidence les différents obstacles que pouvaient ressentir les médecins lors du dépistage des troubles du langage de l'enfant et savoir, si compte-tenu de ces obstacles, les IFDC pouvaient représenter un outil utilisable en pratique quotidienne.

SYNTHESE

BIBLIOGRAPHIQUE

Avant de poursuivre ce travail, il semble nécessaire de procéder à quelques rappels sur les principales étapes de l'acquisition normale du langage oral, les troubles du langage les plus fréquents, l'état des recommandations actuelles en matière de dépistage des troubles du langage oral et les différents outils à disposition du médecin généraliste pour réaliser ce dépistage.

I. Acquisition du langage oral chez l'enfant

(Ferrari, 1993 ; Bursztejn, 2000 ; Christophe *et al.*, 2004 ; Le Normand, 2007 ; Delahaie, 2009 ; Orhant *et al.*, 2010)

Le langage est un **principe de communication** entre deux personnes qui fonctionne sur plusieurs ordres simultanément psychique, neurologique et sensoriel.

Il faut distinguer dans le langage oral deux versants complémentaires : le **versant expressif** (production) et le **versant réceptif** (compréhension).

Le langage peut être verbal ou non verbal.

Le **langage non verbal** est utilisé en permanence, inconsciemment, dès le premier jour de vie (mimiques, regards, puis sourires...).

Le **langage verbal** va se construire au fil des mois et des années pour n'être vraiment constitué que vers l'âge de 10 ans. C'est le produit de l'intégration de plusieurs composantes :

- la **phonétique**, qui concerne les sons propres à une langue ou phonèmes ;
- la **sémantique**, qui concerne les mots et leur signification ou lexique ;
- la **syntaxe**, qui régit les règles d'association des mots entre eux ;
- la **pragmatique**, qui caractérise l'adaptation du discours à l'interlocuteur et à la situation.

Ainsi, lorsque l'enfant apprend à parler, il lui faut acquérir le lexique, les règles de combinaison (la syntaxe) et les formes pour que son message soit adapté à son interlocuteur.

L'acquisition du langage est un **processus naturel et actif**, dépendant des capacités innées neurocognitives de l'enfant et de sa rencontre avec l'environnement extérieur. Elle est conditionnée par l'intégrité des structures corticales et sous corticales impliquées, des organes phonatoires et de l'appareil auditif.

L'évolution du langage oral suit un **déroulement assez fixe d'un enfant à un autre (Tableau I)**. Deux périodes essentielles peuvent être distinguées : la **période prélinguistique** et la **période linguistique** proprement dite. Leur succession est d'une remarquable régularité ; toutefois, les âges donnés tenant compte des variations individuelles dans l'acquisition du langage entre les enfants, on constatera l'existence de chevauchements chronologiques pour les stades décrits.

TABLEAU I. Acquisition du langage oral de l'enfant entre 0 et 6 ans, sur les versants compréhension et expression.

<u>Age</u>	<u>Compréhension</u>	<u>Expression</u>
<u>Premiers mois</u>	Réaction aux bruits. Tourne la tête vers celui qui l'appelle. Reconnait sa langue maternelle et la distingue d'une langue étrangère suffisamment distincte. Reconnaissance privilégiée de la voix des parents.	Émet des sons (cris, pleurs...) pour manifester ses désirs et ses sensations, vocalisations réflexes .
<u>A partir de 2 mois</u>	Réagit vocalement à une sollicitation, répond aux changements de tonalités dans la voix.	Sourire réponse , suit des yeux, commence à vocaliser, gazouillis.
<u>A 4 mois</u>	Regard conjoint du nourrisson et de la mère vers un objet quand la mère prononce le mot correspondant.	Vocalise de façon prolongée. Premières syllabes.
<u>Vers 6 mois</u>	Réagit à son prénom, au « non ».	Commence à babiller (babillage rudimentaire). Regarde le visage de la personne qui lui parle.
<u>Entre 7 et 9 mois</u>	Comprend les nouveaux mots dans un contexte particulier. Imite les gestes tels que « au revoir ».	Répond aux ordres simples à l'aide de gestes. Babillage canonique .
<u>Entre 9 et 12 mois</u>	Comprend des mots familiers en contexte (environ 30), puis hors contexte (ex : « attends », « prends »). Regarde un objet qu'on lui montre.	Salue, refuse, pointe du doigt. Utilise un babillage diversifié [ba da ba], proche des premiers mots.
<u>Entre 12 et 18 mois</u>	Comprend des petites phrases en contexte (ex : « le biberon est chaud »). Montre au moins une partie de son corps sur demande.	Développe des gestes symboliques : main à l'oreille pour téléphone... Dit ses premiers mots en contexte. A 18 mois, connaît 30 mots.
<u>Entre 18 et 24 mois</u>	Comprend des ordres simples en contexte (ex : « prends ton gâteau »). Montre au moins 5 parties de son corps.	Mots phrases (ex : [balle] = « donne la balle » ou « c'est ma balle », selon le contexte et l'intonation). Période d'explosion lexicale , puis ébauche de phrases en combinant un geste et un mot, ou deux mots (ex : pointer + [balle] = « je veux la balle »). Utilise le « NON ». A 24 mois, connaît 200 mots
<u>Entre 2 et 3 ans</u>	Comprend des ordres simples hors contexte (ex : « va chercher ton pyjama »). Comprend des ordres complexes .	Utilise « MOI ». Fait des petites phrases de deux ou trois mots (langage télégraphique) et les associe aux gestes.
<u>A 3 ans</u>	Comprend le langage du quotidien.	Diversifie son vocabulaire : verbes, adjectifs et mots outils ou fonctionnels (prépositions, pronoms, ...), parfois mal prononcés. Phrases à trois éléments (sujet + verbe + complément). Commence à utiliser « JE ». Connaît 1000 mots, est compris de tous .
<u>A 4 ans</u>	Comprend des phrases longues et complexes et comprend un récit simple.	Précise son vocabulaire. Allonge et complexifie ses phrases. Articule tous les sons.
<u>A 5 ans</u>	Comprend un récit.	A acquis les règles du langage . Construit des récits. Parle sans déformer les mots.
<u>A 6 ans</u>		Est prêt pour apprendre à lire et à écrire.

1. Période prélinguistique (de 0 à 1 an)

A la naissance, le bébé ne contrôle aucun des organes qui lui permettront plus tard de parler. Le conduit vocal du nouveau-né est en effet physiquement inapte à la parole, et la maîtrise de la respiration, indispensable pour articuler les sons, n'est pas encore acquise. Ce contrôle va se faire progressivement, et, si le nourrisson commence à réguler sa phonation vers 5 mois, il ne maîtrisera l'ensemble des organes permettant l'articulation que vers l'âge de 5 ou 6 ans, les premiers mots, eux, n'apparaissant que vers l'âge d'un an. Cette étape essentielle, qui précède l'apparition des premiers mots, est une **phase d'« initialisation » du langage oral**. Elle correspond à la période prélinguistique qui a notamment été décrite par Oller (Oller, 1980).

Dès la naissance, le nouveau-né peut communiquer avec son entourage. Il réagit aux différents bruits, montre un intérêt privilégié pour la voix humaine et est capable de reconnaître certains phonèmes. Il est sensible à la prosodie de la parole, vocalise et est à l'origine de productions où se mêlent cris et sons végétatifs (bâillements, soupirs, raclements, gémissements...). **Entre 0 et 2 mois**, ces **vocalisations réflexes** ou quasi réflexes permettent au bébé d'explorer les possibilités de ses organes phonatoires et d'exercer son oreille à distinguer les différents sons produits. Par ailleurs, les cris, en se diversifiant dès les premières semaines en fonction des états éprouvés par l'enfant (faim, douleur, appel), rendent possible l'élaboration d'un **premier système de communication**.

Entre 1 et 4 mois, les vocalises vont progressivement se développer et se diversifier. Apparaissent alors les premières **syllabes dites « primitives » ou « archaïques »** (comme l'inévitable « areuh »). Dès le troisième mois, le nourrisson imite la mélodie ou certains sons émis par son entourage quand ils appartiennent à son répertoire (**gazouillement**). La famille l'encourage alors à augmenter ses vocalisations et de véritables **tours de paroles** se mettent en place (renforcement social).

Entre 3 et 8 mois, en s'exerçant aux mouvements de la glotte, de la langue et des lèvres, l'enfant prend progressivement le contrôle de son appareil phonatoire. Il va alors jouer avec sa voix, passer de sons très aigus à des sons très graves, crier ou au contraire murmurer. La **variété des sons** ainsi produits augmente de manière importante et dès 4-6 mois, le bébé commence à produire des syllabes bien formées de type consonne/voyelle (« ba », « ta »...). Les productions qui incluent ces « proto-syllabes » constituent le **babillage rudimentaire**.

Entre 5 et 10 mois, le babillage est tout d'abord redupliqué, formé de suites de syllabes identiques (« bababa », « mamama », « tatata »...) constituant ce qu'on appelle le **babillage canonique**. Puis il se diversifie, les syllabes successives se différenciant les unes des autres soit par une consonne, soit par une voyelle, soit par les deux (« pamama », « mamoma », « bodata »...), formant ainsi le **babillage diversifié**.

En même temps, sur le plan perceptif, on observe la perte de la capacité à discriminer des sons n'appartenant pas au langage environnant. En effet, à la naissance, le nouveau-né peut produire tous les sons, puis, petit à petit, à force d'être confronté aux spécificités de sa langue maternelle, il va se spécialiser dans le traitement des sons de celle-ci.

Entre 9 et 18 mois, l'enfant comprend une trentaine de mots en contexte et commence à produire de **véritables mots** à l'intérieur du babillage. On parle alors de **babillage mixte** qui signe **l'entrée dans la période linguistique** proprement dite.

Simultanément, **entre 12 et 13 mois**, un phénomène rythmique apparaît progressivement dans le babillage. C'est le **stade de l'allongement final**. C'est lors de cette phase que se fait l'acquisition du modèle d'intonation de la langue, l'allongement de la dernière syllabe du mot étant caractéristique de l'intonation du français.

Par ailleurs, il est à noter que parallèlement à ces productions vocales, de véritables **conduites de communication non verbale** vont se mettre en place : d'abord par le **regard**, ensuite par le **sourire** et enfin, vers 9 mois, par **l'attention conjointe** (l'enfant cherche à attirer l'attention d'autrui, suit du regard ce qu'on lui montre et pointe du doigt en direction d'un objet).

2. Période linguistique (après 1 an)

La période linguistique se caractérise à son début par l'acquisition d'un premier capital de mots qui tend à libérer l'enfant des contraintes du geste et de la mimique, jusque là indispensables pour communiquer. Puis, à partir de l'âge de trois ans environ, celui-ci va progressivement abandonner les structures rudimentaires et s'approprier des constructions linguistiques de plus en plus conformes au langage de l'adulte. Cette évolution qualitative s'accompagne d'une évolution quantitative importante sur le plan du vocabulaire avec une acquisition des mots d'abord lente, puis très rapide.

Dès l'âge de **10-13 mois**, l'enfant fait l'apprentissage du lexique à raison d'un mot à la fois. Les formes phoniques **des premiers mots** sont approximatives, tout autant que le signifiant, et ses énoncés sont constitués presque exclusivement de **mots isolés**. Ces mots ont principalement pour fonction d'exprimer, de désigner et de catégoriser. Ils véhiculent un sens que l'enfant généralise à plusieurs objets ou situations présentant des caractéristiques communes (**surgénéralisation**). Ce phénomène va régresser petit à petit, au fur et à mesure que le capital linguistique va augmenter et que vont être perçues les différences entre les objets et les situations. Ainsi, à 12 mois, l'enfant comprend une trentaine de mots en contexte et en produit en moyenne 5 à 10. Entre 12 et 16 mois, il en comprend 100 à 150, et peut en produire une trentaine (surtout des noms).

Progressivement, **entre 16 et 18 mois** vont apparaître les **mots-phrases**. Ces mots-phrases représentent des énoncés d'un seul mot par lesquels l'enfant va exprimer des significations relativement complexes, comparables à celles d'une phrase, grâce à l'**association au langage non verbal**.

Vers **18 mois**, l'enfant jargonne avec une trentaine de mots et nomme une image usuelle. Lorsque son répertoire atteint environ cinquante mots, survient l'**explosion lexicale**. Il progresse alors très vite en vocabulaire et il est possible pour lui d'apprendre plusieurs nouveaux mots par jour. Vers **2 ans**, il est capable d'**associer deux mots** et fait des phrases de style « télégraphique ». C'est également entre 18 et 24 mois qu'il commence à utiliser la négation et le « **NON** », ce qui marque un progrès dans son individualisation.

A partir de **2 ans-2 ans 1/2**, l'enfant a un répertoire de 100 à 200 mots, utilise le pluriel et construit des phrases simples. Il peut alors **associer 2 à 3 mots**, c'est ce que l'on nomme le proto langage ou le **langage combinatoire**. C'est aussi le stade où il découvre le « **MOI** ».

Durant la **troisième année**, les progrès dans le domaine du langage s'intensifient et le vocabulaire de l'enfant atteint en moyenne 1000 mots. Il perfectionne parallèlement son articulation et découvre la **syntaxe**. Il est alors capable de former des phrases correctes, composées de 3 à 5 mots avec **sujet-verbe-complément**. Sa parole est **intelligible**, sans déformation importante. Il aime écouter des histoires, commence à raconter ce qu'il a vu ou fait, et **pose des questions** de type « c'est quoi ça ? » ou « pourquoi ? ». Il comprend tout le langage, connaît 3 à 5 couleurs et nomme des parties de son corps. Le pronom « **JE** » apparaît alors à ce stade, étape supplémentaire dans le développement de son identité.

Ensuite, de **3 à 4 ans**, l'évolution se fait vers l'appropriation d'un langage adulte correctement articulé. C'est le **développement du système morphosyntaxique**, caractérisé par un perfectionnement de la syntaxe avec l'utilisation de **mots-outils** permettant d'enrichir les phrases et le niveau informatif du discours. Le rythme de cette évolution est variable d'un enfant à l'autre et laisse persister pendant un certain temps des simplifications grammaticales et phonétiques (omissions de certains sons, altérations de l'articulation de certains phonèmes, substitutions, etc.).

De **4 à 5 ans**, a lieu la **grammaticalisation du discours**. L'enfant possède alors un répertoire d'environ 1800 mots. Il utilise le passé, le présent et le futur, accorde nom et adjectif, utilise les pronoms possessifs ainsi que « quand ? » et « comment ? ». Il joue avec les mots et invente des histoires. On va vers le développement des **aspects pragmatiques** du langage.

Après **5 ans**, l'enfant **perfectionne ses acquis**. Il connaît plus de 2000 mots, est capable de discerner les ambiguïtés, les phrases grammaticales et non grammaticales, et de faire des jeux de mots. Il peut construire un petit récit à partir d'images ou de ce qu'il a fait dans sa journée.

Au-delà, le langage continue d'évoluer : développement du vocabulaire, perfectionnement de la syntaxe, utilisation de la métaphore. Ainsi, vers **6 ans**, l'enfant est en général prêt pour **l'acquisition du langage écrit et l'apprentissage de la lecture**.

II. Troubles de l'acquisition du langage oral de l'enfant

(Echenne et Cheminal, 1997 ; Burzstejn, 2000 ; Chevrie-Muller et Narbona, 2007 ; Danon-Boileau, 2009 ; Delahaie, 2009)

Devant un enfant qui ne parle pas, parle mal, ou ne paraît pas comprendre ce qu'on lui dit, **la démarche du clinicien doit être double**.

Tout d'abord, il faut **affirmer le « trouble »**, c'est à dire affirmer le décalage qui existe entre les acquisitions langagières de l'enfant et les normes pour l'âge. Le médecin peut s'aider pour cela de repères simples mentionnés désormais dans le carnet de santé, ou utiliser des tests plus précis.

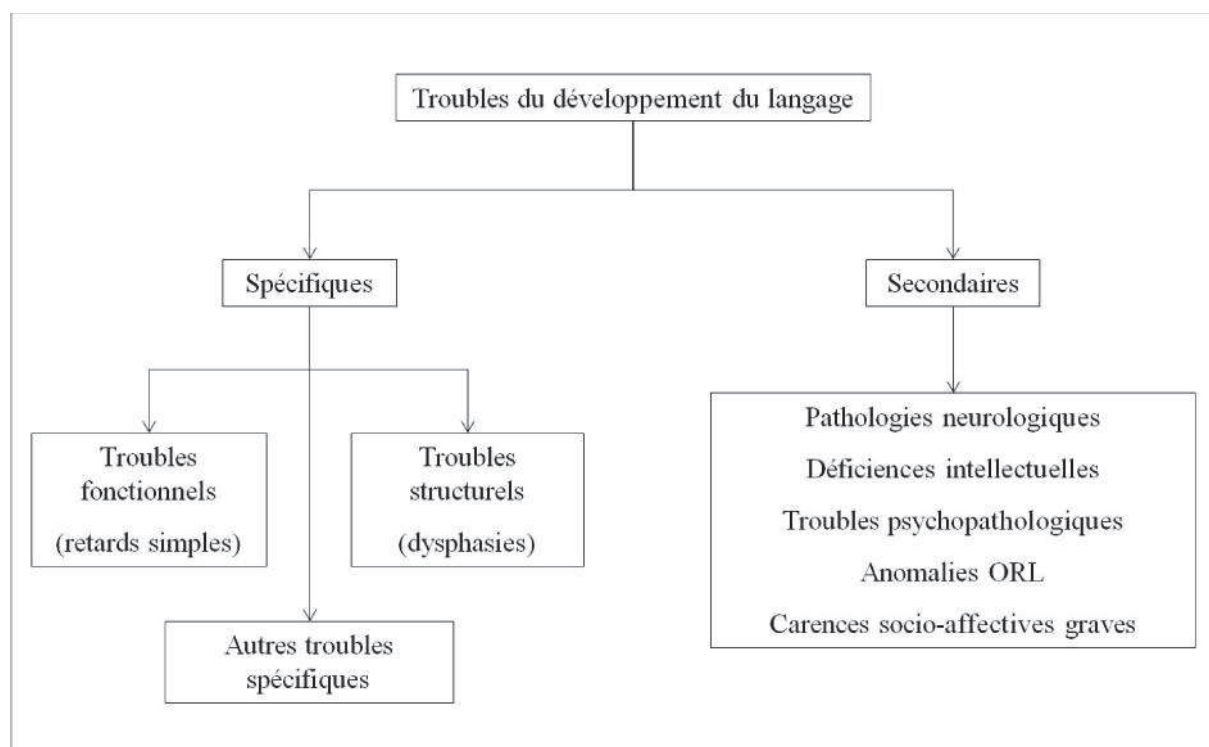
Ensuite, il faut **rechercher des causes secondaires** à ce trouble, c'est à dire des pathologies responsables de la mauvaise structuration du langage telles qu'une pathologie neurologique, une déficience mentale, un trouble envahissant du développement, une surdité ou encore un manque de stimulation environnementale. Leur élimination permettra alors de parler de **trouble « spécifique » du langage oral (Figure 1)**.

1. Troubles spécifiques du langage oral

La notion de **trouble spécifique du développement du langage (TSDL)** est définie par toute apparition retardée ou tout développement ralenti du langage chez un enfant qui ne présente aucun déficit sensoriel auditif, aucun trouble moteur des organes de la parole, aucun déficit mental ou dysfonctionnement cérébral évident, aucun trouble psychopathologique et aucune carence socio-affective grave (Chevrie-Muller et Narbona, 2007). En définitive, il s'agit d'un **trouble se développant contre toute attente**.

Une fois ces pathologies exclues, il faut tenter de classer ce trouble et de départager les **troubles fonctionnels** (simple retard) des **troubles structurels** (dysphasie). Ceci passe par l'analyse des caractéristiques linguistiques du langage à l'aide de batteries et de tests de dépistage variables en fonction de l'âge.

Figure 1. Classification des troubles du développement du langage.



Il existe **plusieurs classifications** des troubles spécifiques du langage oral :

- le **DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition), classification américaine des troubles mentaux, distingue trois syndromes dans son chapitre « Troubles de la communication » : les troubles du langage de type expressif, les troubles du langage de type mixte réceptif-expressif, et les troubles phonologiques (APA, 1994). Publiée le 18 mai 2013, le **DSM-5** (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition) a remplacé le DSM-IV et distingue dorénavant cinq syndromes dans son chapitre « Troubles de la communication » (APA, 2013). La version française de cette classification devrait être publiée courant 2014 ;
- la **CIM 10** (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)) décrit dans son chapitre « Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage » : les troubles spécifiques de l'acquisition de l'articulation, les troubles de l'acquisition du langage de type expressif et les troubles de l'acquisition du langage de type réceptif. Cette classification est complétée par deux catégories : les autres troubles du développement de la parole et du langage, et les troubles du développement de la parole et du langage sans précision. L'aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner) est considérée à part (OMS, 1999) ;
- la **CFTMEA-R** (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent révisée), décrit, quant à elle, les troubles isolés de l'articulation, les troubles du développement du langage (retard de parole, retard simple de langage, dysphasie, autres troubles du développement du langage), l'aphasie acquise, le mutisme, le bégaiement, les autres troubles de la parole et du langage, et les troubles de la parole et du langage non spécifiés (Misès, 2012) ;
- enfin, la **classification proposée par C. Burzstejn**, qui reste en usage chez la plupart des spécialistes du langage en France, distingue les troubles articulatoires, le retard simple de parole, le retard simple de langage, la dysphasie, et les autres troubles du langage oral (Burzstejn, 2000).
C'est cette classification qui sera utilisée ici.

1.1. Les troubles articulatoires

Les troubles articulatoires définissent **l'incapacité à prononcer ou à former de façon correcte un phonème**. Ils résultent **d'erreurs mécaniques constantes et systématiques** dans l'exécution des mouvements nécessaires à la production de certains phonèmes, à l'origine de nouveaux phonèmes dits « anormaux ». En raison de la nécessité d'une précision articulatoire plus importante que pour les voyelles, ces troubles touchent plus souvent les consonnes.

Ils peuvent se traduire par des omissions (chapeau=apeau...), des substitutions (joue=zou, chou=sou...) ou des distorsions (zozotement et chuintement).

Les défauts ou les altérations sont décrits selon les classes de sons touchés. Le plus connu est le **zozotement** ou sigmatisme interdental (prononciation déformée du [j] devenant [ch] et du [s] devenant [z]).

Les troubles articulatoires sont le plus **souvent isolés** et n'ont alors pas de conséquence sur le développement du langage oral ou écrit. Il peut parfois s'y associer des troubles relationnels mineurs. Leurs étiologies sont fonctionnelles ou organiques. Leur prise en charge est réalisée par un orthophoniste si ces troubles persistent au-delà de 5 ans.

1.2. Le retard simple de parole

Le retard simple de parole est un **trouble phonologique pur** dans lequel la programmation, c'est-à-dire le choix des phonèmes entrant dans la constitution d'un mot ainsi que leur mise en séquence correcte, est perturbée. Il s'agit donc de la persistance au-delà de 4 ans **d'altérations phonétiques et de simplifications** observées normalement vers l'âge de 3 ans (**Tableau II**). L'enfant continue à « **parler bébé** » sans présenter par ailleurs de trouble de la compréhension. Cependant, contrairement au trouble articulatoire, les erreurs émises ne sont **pas constantes**. C'est la forme du mot dans son ensemble qui ne peut être reproduite, alors que **chaque phonème peut, isolément, être prononcé correctement**. Par exemple, le mot « gâteau » pourra être prononcé « tato » ; en revanche, chez le même enfant, le phonème [g] du mot « gare » pourra être produit correctement.

Trouble **bénin**, le retard simple de parole peut parfois être associé à un trouble articulatoire et à un retard de langage. Un bilan auditif doit avant tout être réalisé. Si celui-ci est normal, une prise en charge orthophonique sera envisagée au delà de 4-5 ans.

1.3. Le retard simple de langage

Le retard simple du langage est le **plus fréquent** des troubles du langage oral. Ce déficit est à la fois **phonologique et syntaxique**, et aux symptômes du retard de parole s'ajoutent des **difficultés à associer les mots en phrase et à manipuler les composantes grammaticales**. Sur le plan clinique, l'élément essentiel est le retard de l'apparition de la première phrase.

Les anomalies constatées et la sévérité du retard de langage sont **très variables** d'un enfant à l'autre : il peut s'agir au minimum de maladresses syntaxiques et, au maximum, d'un tableau proche de l'agrammatisme (mauvais ou non emploi des pronoms personnels et des mots outils, verbes non conjugués...). On obtient alors des phrases du type : « veux poupée de moi », « il grimpe à les arbres », « je m'a lavé », « moi assir saise ».

TABLEAU II. Phénomènes retrouvés dans le retard simple de parole.

<u>Phénomènes</u>	<u>Exemples</u>
Adjonction	crocodile = crocrocodile
Assimilation	lavabo = lalabo ou vavabo
Confusion	[j] confondu avec [ch], [z] confondu avec [s], confusion [d]/[t] ou [g]/[k]
Elision de mots	herbe = è
Elision de syllabes finales	pour = pou, pelle = pè
Interversion	kiosque = kiokse
Inversion	lavabo = valabo, brouette = bourette
Omission	lavabo = labo, table = tab
Simplification des finales consonantiques complexes	maigre = maig
Substitution	train = crain, banane = badane

Il s'agit bien d'un **retard dans l'apparition de l'expression verbale** car l'enfant n'a pas de trouble majeur de la compréhension et le développement du langage reste **harmonieux**. En effet, les perturbations constatées sont normales au cours de l'évolution du langage, et c'est leur persistance au-delà d'un certain âge qui conduit à poser le diagnostic de retard de développement.

Ce trouble s'accompagne de façon fréquente d'un trouble articuloire. Il faudra également rechercher d'éventuels manques de stimulations du langage et une pauvreté des modèles linguistiques proposés. L'évolution est **spontanément favorable** mais de façon lente, et des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent apparaître secondairement. La scolarisation représente un atout majeur dans le traitement de ce retard de langage. La rééducation orthophonique est indiquée entre 4 et 5 ans et permet d'obtenir d'excellents résultats.

1.4. Les dysphasies de développement

Les dysphasies de développement représentent la **forme la plus sévère des retards de langage** et les conséquences de ces troubles sur la vie socio-affective et scolaire sont considérables.

L'analyse du langage ne permet pas toujours de distinguer le retard simple de langage qui disparaît progressivement vers 5-6 ans, d'une dysphasie grave. En effet, la fréquence des troubles spécifiques du langage oral est estimée à environ 7 % des enfants de 3 ans 1/2, et si la grande majorité guérit avant ou autour de 6 ans, une plus petite partie (environ 1 %) ne guérit pas dans ces délais et constitue les dysphasies de développement (Billard *et al.*, 1996). Il s'agit donc, contrairement aux retards simples de parole et de langage, d'un **trouble grave et durable**, ne régressant pas spontanément et qui, malgré une rééducation intensive, persistera à l'âge adulte à des degrés variables, avec un retentissement quasi constant sur le langage écrit (dyslexie, dysorthographe).

La dysphasie de développement se définit par des **critères négatifs et positifs**. La structuration même du langage est atteinte, alors qu'**aucune cause organique** n'est décelable. Les enfants atteints de dysphasie ne présentent donc ni déficit auditif, ni déficit mental ou trouble psychologique sévère. Ils n'ont pas de trouble de l'appareil ou des muscles phonatoires, de trouble de la commande neurologique, et n'ont pas subi de privation affective ou linguistique majeure. Le critère positif est la **présence après 6 ans d'un déficit sévère et spécifique du développement du langage oral touchant son expression, et éventuellement sa compréhension**.

A 6 ans, ces enfants ont donc un **langage très déficitaire**, agrammatique, avec un vocabulaire imprécis ou réduit, des perturbations phonologiques importantes (omissions,

simplifications, substitutions, etc.) et comportant de nombreuses erreurs syntaxiques (simplification de syntaxe, non respect de l'ordre des mots, utilisation inappropriée des structures). Tout ceci contraste avec une **intelligence et une socialisation normales**.

Sur le versant réceptif, on note des **troubles de la compréhension associés**, très évocateurs lorsqu'ils touchent la compréhension des mots isolés. L'enfant est incapable de séquencer un mot en syllabes et de séquencer une phrase en mots.

Il est important cependant de constater que malgré la pauvreté de son langage, l'enfant dysphasique **sait se faire comprendre**.

La présentation clinique est très variée et **plusieurs classifications**, comme la **classification des dysphasies de Rapin et Allen** établie en 1983 (**Tableau III**), existent pour tenter de rendre compte de la diversité de ce trouble.

Cependant, certains traits cliniques, au nombre de six, sont remarquables et constants quel que soit le type de dysphasie :

- **troubles de l'évocation lexicale** avec en particulier un manque du mot, des persévérations verbales ou des paraphasies,
- **troubles de l'encodage syntaxique** entraînant une incapacité à utiliser les flexions verbales et les mots-outils nécessaires à l'informativité du discours (par exemple, incapacité à construire une phrase élémentaire de type sujet-verbe-complément),
- **troubles de la compréhension verbale**,
- **hypospontanéité verbale**, l'enfant s'exprime « à regret » et il y a une réduction de la longueur moyenne des énoncés,
- **troubles de l'informativité** représentés par l'incapacité à faire comprendre une information précise sans recours à des moyens complémentaires comme les gestes ou les mimiques,
- **dissociation automatico-volontaire** (incapacité de produire certains phonèmes sur commande alors que cela est possible spontanément).

Selon C-L. Gérard, ces anomalies peuvent être regroupées sous le terme de « **marqueurs de déviance** » et le diagnostic de dysphasie peut être retenu si au moins trois de ces marqueurs sont présents (Gérard, 1993). Ces marqueurs de déviance ne sont toutefois pas reconnus par tous les auteurs.

Les dysphasies de développement sont **fréquemment associées à d'autres troubles** tels que :

- des troubles de la motricité fine responsables d'une maladresse d'écriture,
- des troubles de la mémoire verbale à court terme,
- des troubles du comportement : instabilité motrice (hyperkinésie) et psychique (irritabilité, intolérance aux frustrations, agressivité),
- des troubles de la personnalité, souvent importants : troubles phobiques avec inhibition profonde dans la relation et troubles symbiotiques, marqués par une indistinction entre l'identité de l'enfant et celle des personnes de son entourage proche (Houzel *et al.*, 2000).

TABLEAU III. Classification sémiologique des syndromes dysphasiques de Rapin et Allen (d'après Tuchman *et al.*, 1991).

<p><i>Troubles portant sur l'expression</i></p> <p>1. Dyspraxie verbale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble majeur de la fluence verbale - Articulation de la parole très atteinte, voire absence totale de parole - Compréhension normale ou quasi normale <p>2. Trouble de la programmation phonologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parole fluente, mais difficilement intelligible ou inintelligible - Compréhension normale ou presque normale
<p><i>Troubles mixtes, affectant expression et compréhension</i></p> <p>3. Déficit phonologico-syntaxique (le plus fréquente : 6/10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluence verbale perturbée - Articulation de la parole altérée - Expression limitée - Syntaxe déficiente (phrases courtes, omission de petits mots, au maximum agrammatisme) - Compréhension déficiente à des degrés divers, mais moins que l'expression <p>4. Agnosie auditivo-verbale ou « surdité verbale »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble de la fluence verbale - Articulation de la parole altérée - Expression limitée à des mots uniques ou à de courtes phrases, ou même totalement absente - Compréhension du langage oral sévèrement atteinte, voire abolie
<p><i>Troubles réceptifs</i></p> <p>5. Déficit sémantico-pragmatique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parole fluente, souvent logorrhéique - Articulation de la parole normale - Structure des phrases normale - Modes conversationnels aberrants - Compréhension des énoncés complexes d�ficiante <p>6. Déficit lexico-syntaxique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parole en règle générale fluente, parfois pseudo-bégaiement par difficulté d'évocation du mot - Articulation de la parole normale - Jargon fluent (chez le jeune enfant) - Syntaxe immature, difficultés pour formuler un langage complexe, (ex : récit d'une histoire) - Compréhension des énoncés complexes d�ficiante

L'origine des dysphasies est probablement de nature **multifactorielle** : il existe des facteurs liés à **l'environnement relationnel et socioculturel** ainsi que des **facteurs génétiques**. En effet, des formes familiales ont été retrouvées, ainsi qu'une prévalence plus élevée chez les garçons et une concordance importante chez les jumeaux monozygotes. Un gène spécifique (FOXP2) localisé sur le chromosome 7 (7q31), et plusieurs régions du génome (7q31, 16q, 19q), fortement associées aux troubles du langage, ont aussi été identifiés (Bonneau *et al.*, 2004). De plus, on observe chez les enfants dysphasiques une fréquence plus élevée d'**anomalies paroxystiques sur les électroencéphalogrammes (EEG) de nuit** que dans la population témoin (Cheliout-Heraut *et al.*, 1997). Les données d'imagerie cérébrale par résonance magnétique (IRM) plaident par ailleurs en faveur d'**anomalies morphométriques** des hémisphères cérébraux (Jernigan *et al.*, 1991) et suggèrent donc que la spécialisation hémisphérique de la fonction langage pourrait être anormale dans cette population. Ces données doivent toutefois être accueillies avec prudence.

Le diagnostic de dysphasie est un **diagnostic pluridisciplinaire par élimination**, qui repose avant tout sur le bilan orthophonique après avoir pratiqué un bilan ORL, ophtalmologique, orthoptique, neurologique et psychologique. L'évolution et le pronostic de ces différents syndromes sont très variables. Certains sujets porteurs d'une dysphasie restent sévèrement handicapés alors que d'autres peuvent acquérir tardivement un langage apparemment normal. La dysphasie s'accompagne dans 75 % des cas de **difficultés du langage écrit**.

La thérapie s'appuie sur deux axes : la **rééducation orthophonique, qui doit débiter le plus tôt possible**, entre 3 et 4 ans, et sera longue et **intensive** ; et l'acquisition du langage écrit. Ce traitement sera précédé, accompagné ou suivi d'actions thérapeutiques diversifiées (psychomotricité...) et/ou d'une psychothérapie (troubles de la personnalité souvent associés) en fonction de la nature des troubles observés.

La rééducation s'appuie aussi sur la **guidance parentale**, en particulier à l'âge préscolaire. L'information et le soutien des parents, voire le **recours aux associations**, peuvent donc se révéler ici très utiles.

1.5. Les autres troubles spécifiques du langage : les troubles du rythme de la parole

✓ Le bégaiement

Le bégaiement est un **trouble de la communication affectant la fluidité et le rythme de la parole**, et non le langage en lui-même. Il se rencontre chez environ 1 % des enfants, en majorité des **garçons** (4 garçons pour 1 fille), et se manifeste en général avant 8 ans (90 % des cas). Un

bégaiement transitoire peut parfois être observé vers l'âge de 3 ans, au moment du développement intense du vocabulaire (Ferrari, 1993).

On distingue trois formes de bégaiement :

- **tonique**, se manifestant par un blocage qui interrompt le débit normal de la phrase ou qui empêche sa production au début ;
- **clonique**, marqué par la répétition saccadée d'un phonème, d'une syllabe ou d'un groupe de syllabes au début d'un mot ou d'une phrase ;
- mixte, **tonico-clonique**.

Ce trouble de la communication se manifeste de façon **variable selon le contexte** émotionnel et les interlocuteurs, mais il est toujours lié à la présence d'un tiers. Il est accru par l'anxiété et l'attention portée au discours, mais disparaît durant la lecture, la récitation ou le chant.

Le bégaiement s'**accompagne souvent de mouvements** (mouvements de la tête et des membres, syncinésies de la face, clics buccaux) **et de comportements secondaires** (introversion, anxiété ou agressivité). Des **troubles végétatifs** à type d'érythème, de pâleur, de transpiration ou de difficultés respiratoires sont également décrits.

L'étiologie n'est pas connue mais elle est probablement **multifactorielle**. La sévérité et l'évolution sont très variables. Certains facteurs peuvent aggraver ce bégaiement : intolérance de l'entourage, moqueries des camarades, situations émotionnelles fortes... Tandis que d'autres tendent à l'atténuer : texte connu et préparé à l'avance, apprentissage d'une langue étrangère...

Plus le traitement est précoce, plus il est rapide, et meilleurs en sont les résultats. Le **conseil parental**, peu contraignant pour l'enfant, s'avère un mode d'intervention adapté dont l'efficacité est démontrée.

✓ **Le bredouillement**

Le bredouillement est un trouble du rythme de la parole se caractérisant par un **débit de parole souvent très rapide et irrégulier**, une articulation floue, des répétitions de mots et de phrases, des sons de remplissage tels que « ah, euh, eh », une monotonie de la voix, des substitutions de mots et de syllabes. Le discours est incohérent et chaotique et la personne atteinte de bredouillement est souvent **peu intelligible**.

Le bredouillement passe **souvent inaperçu**. Ainsi, le sujet ignore souvent lui-même qu'il s'agit d'un trouble du langage. La prise en charge consiste à faire prendre conscience au patient de son trouble, à améliorer les possibilités attentionnelles et à ralentir le débit afin d'avoir plus de temps pour organiser ses pensées et trouver ses mots.

2. Troubles secondaires du langage

Ces troubles affectent, à des degrés divers, 2 à 3 % des enfants d'une classe d'âge. On distingue : les pathologies neurologiques, les déficiences mentales, les troubles psychopathologiques, les pathologies ORL et les carences socio-affectives.

2.1. Principaux déficits liés à des lésions neurologiques

Ces déficits sont divers et variés. De façon très schématique (**Figure 2**), on différencie les déficits secondaires à une **atteinte** :

- **des aires corticales associatives tertiaires du langage** → aphasies, alexies, agraphies,
- **des aires corticales associatives secondaires du langage** → déficits gnosiques, déficits praxiques,
- **des aires corticales primaires** → dysarthries, surdités de perception.

✓ **Les aphasies de l'enfant**

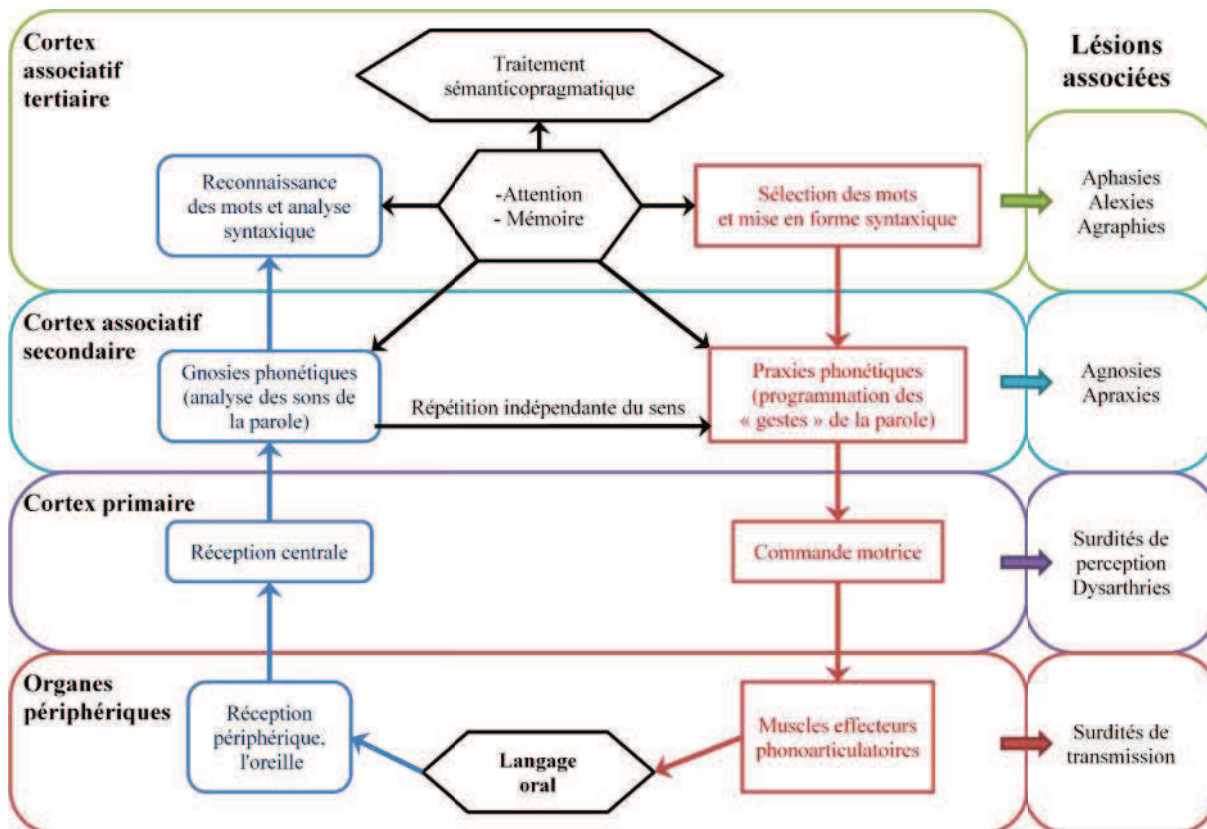
Les aphasies se définissent par une **détérioration du langage consécutive à une lésion cérébrale acquise** (Jauzein, 2010). Cependant chez l'enfant, on ne parle d'aphasie que lorsque la lésion survient après l'âge d'acquisition du premier langage, c'est à dire au-delà de 2 ans. Elles peuvent être de plusieurs origines : vasculaire (ischémique ou hémorragique), infectieuse (bactérienne ou virale), tumorale ou traumatique.

L'aphasie de l'enfant peut se présenter sous toutes les formes existant chez l'adulte (Paquier et Van Dongen, 1996) et concerne l'expression ou la compréhension du langage. Toutefois, certaines caractéristiques sont retrouvées plus fréquemment chez l'enfant (Van Dongen *et al.*, 2001) telles que le mutisme et l'hypospontanéité, l'anomie et le manque du mot.

✓ **Les déficits gnosiques**

Les déficits gnosiques **affectent le versant de la réception** et constituent dans les formes sévères un tableau d'**agnosie verbale** : la compréhension du langage oral est impossible, alors que l'audition est normale. Ces formes d'agnosie sévère ont été le plus souvent décrites dans le cadre de pathologies acquises associées à l'épilepsie sous le terme de syndrome d'aphasie acquise avec épilepsie (ou **syndrome de Landau-Kleffner**) où l'on retrouve à l'EEG un tracé typique de pointes-ondes continues au cours du sommeil (Cheliout-Heraut *et al.*, 1997).

Figure 2. Modèle neuropsycholinguistique simplifié (d'après Delahaie 2009).



✓ **Les déficits praxiques**

Liés à une atteinte des aires corticales secondaires, les déficits praxiques **affectent l'organisation des gestes de la parole** ou praxies articulaires. Ils ne se manifestent le plus souvent que par l'acquisition retardée d'un ou plusieurs gestes articulaires. On parle alors de **dyslalies**. Dans les formes sévères, ils forment le tableau des **apraxies verbales** qui au maximum ne permettent aucun développement de l'expression orale.

✓ **Les dysarthries**

Les dysarthries sont des **déficits de la commande et du contrôle de la motricité labio-glosso-pharyngée**. Elles s'intègrent le plus souvent dans le cadre d'une infirmité motrice cérébrale, mais peuvent être aussi isolées dans le cas des syndromes pseudobulbaires corticaux. Elles résultent de lésions cérébrales précoces et irréversibles, mais aussi d'atteintes paralytiques acquises au cours de l'enfance qui, centrales ou périphériques, peuvent s'inscrire dans un contexte traumatique ou chirurgical.

✓ **Les surdités de perception**

Les surdités sont traitées dans le chapitre concernant les anomalies ORL à l'origine de troubles du langage.

2.2. **Troubles du langage et déficiences intellectuelles**

Le retard mental est considéré comme un **trouble global du développement** dans lequel s'intriquent des perturbations cognitives, du langage, de la motricité et des conduites sociales. **L'absence ou le retard de langage peut constituer un élément révélateur** d'une forme de retard mental. En effet, dans les déficiences mentales, les capacités verbales sont les aptitudes qui se révèlent comme les plus fragiles et dans les déficiences intellectuelles légères (qui représentent 85 % des retards mentaux), le motif de la première consultation est souvent le retard d'acquisition du langage (Silva *et al.*, 1987).

Il semble que cette étiologie des troubles du développement du langage soit **souvent méconnue**, voire même niée par l'entourage. Or, la prévalence des déficiences mentales légères est relativement élevée (environ 20 %) et il apparaît dans une étude de B. Echenne et R. Cheminal que près d'un tiers des enfants âgés de 7 à 8 ans ayant un trouble du langage ont en fait un quotient intellectuel (QI) inférieur à 85 (Echenne et Cheminal, 1997). D'où la nécessité, devant tout trouble du langage, d'**analyser les potentialités globales** de l'enfant par des tests adaptés à son âge et à son niveau intellectuel.

L'importance du diagnostic précoce de déficience mentale légère est liée à la possibilité de mettre en place des soutiens spécifiques permettant au sujet déficient d'acquérir des connaissances scolaires et un langage oral suffisamment développé pour qu'une vie professionnelle adaptée puisse être envisagée.

2.3. Troubles du langage en psychopathologie

✓ Troubles du langage et de la communication

L'association de ces deux troubles se retrouve dans l'**autisme**. Les anomalies du développement du langage constituent, à l'âge préscolaire, les signes d'alarme les plus fréquents.

L'autisme se manifeste, à des degrés divers et dans des proportions variables, par l'association de trois grands troubles : **trouble des interactions sociales** (tendance à l'isolement), **trouble des conduites motrices** (stéréotypies motrices, anomalies du tonus), et **trouble de la communication verbale et gestuelle**. Des troubles des fonctions intellectuelles (déficit intellectuel pour la plupart), des troubles affectifs (changements d'humeur, crises d'angoisse) et des troubles du développement du langage sont généralement associés.

Le langage peut être totalement absent ou se développer de façon déviante. Mais, quelle que soit la nature des troubles du langage, l'élément significatif est que **le langage n'a pas de véritable fonction de communication avec l'autre**, et dans tous les cas cette communication n'est pas source de plaisir.

A noter qu'il existe, en dehors de l'autisme, d'**autres troubles envahissants du développement** qui ont en commun, à des degrés divers, les traits autistiques. Nous pouvons notamment citer le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié.

✓ Troubles du langage et troubles relationnels

Les relations entre l'enfant et l'adulte, notamment la mère, ont un rôle fondamental dans l'acquisition du langage. Si l'un des deux sujets génère un trouble dans cette relation, le développement du système langagier peut être perturbé.

En cas de **dépression chez la mère**, par exemple, celle-ci est moins disponible, moins réceptive au langage et manque d'engagement dans des jeux ludiques, ce qui peut entraver l'accès de son bébé au langage verbal (Golse, 1999).

Le nourrisson peut également être à l'origine de ce trouble. C'est le cas des **bébés à risque autistique ou psychotique**. Trois éléments seraient à surveiller et leur absence vers quinze mois serait un signe d'alerte selon Baron-Cohen *et al* (Baron-Cohen *et al.*, 1997) : l'attention conjointe, le pointage protodéclaratif et les jeux de « faire-semblant ».

Ce cadre relationnel, notamment dans la **dyade mère-enfant**, doit donc faire l'objet d'une attention particulière.

✓ Troubles du langage et troubles psychologiques

Le **mutisme** peut être placé dans ce contexte et se définit comme la **disparition du langage** chez un enfant qui l'avait acquis auparavant. Il s'établit **en l'absence de toute cause organique** et est le plus souvent involontaire, obéissant à des mécanismes inconscients.

On distingue le **mutisme total**, souvent secondaire à une situation à forte charge émotionnelle vécue par l'enfant, du **mutisme électif**, qui ne se manifeste que dans certaines conditions ou en présence de certaines personnes (mutisme **familial** en opposition au mutisme **extra-familial**, électivement scolaire, qui touche de 0,2 à 1 % des enfants (Ferrari, 1993) et peut générer un retard des acquisitions scolaires).

2.4. Anomalies ORL pouvant perturber le langage

✓ Les surdités et hypoacousies

La surdité est une élévation du seuil de perception des sons. On distingue trois types de surdité : les surdités de transmission (lésion de l'oreille moyenne ou externe), les surdités de perception (atteinte de l'oreille interne ou de ses afférences) et les surdités mixtes.

La quantification de la perte auditive par l'audiométrie tonale permet de classer les déficiences auditives (**Tableau IV**). La surdité profonde bilatérale et précoce (au stade prélinguistique), non prise en charge, entraîne une mutité. A contrario, la surdité unilatérale ne perturbe pas le développement normal du langage. Elle peut, par contre, entraîner une perte de l'audition stéréophonique et une gêne à la perception des bruits.

✓ Les autres anomalies ORL perturbant le langage

En dehors de la surdité, il existe des malformations ou atteintes ORL qui peuvent entraîner une perturbation du langage oral telles que les malformations buccales ou laryngées, les

TABLEAU IV. Classification audiométrique des déficiences auditives.

Type de surdité	Perte auditive en décibels (dB)	Conséquences sur la perception	Conséquences sur le langage	Solutions possibles
Audition normale ou subnormale	Inférieure à 20 dB	Perception considérée comme normale	Aucune incidence	–
Surdité légère	Entre 20 et 40 dB	Le sujet perçoit la parole, mais tous les phonèmes ne sont pas reconnus. La voix faible n'est pas correctement perçue.	Acquisition du langage normale mais difficultés scolaires possibles : fatigabilité, inattention, difficultés de compréhension, difficultés articulatoires	Appareillage auditif possible au dessus de 30 dB de perte si gêne
Surdité moyenne	Entre 40 et 70 dB	A intensité habituelle, la voix est mal perçue et la parole n'est pas intelligible.	Acquisition du langage imparfaite, troubles du langage et de l'articulation	Appareillage auditif Rééducation orthophonique
Surdité sévère	Entre 70 et 90 dB	Les bruits environnants et la voix à forte intensité sont perçus, mais la compréhension du message est absente. Les consonnes sont mal discriminées par rapport aux voyelles.	Elaboration spontanée d'un langage intelligible impossible	Lecture labiale Appareillage auditif Rééducation orthophonique
Surdité profonde	Supérieure à 90 dB	La parole n'est plus perçue mais la mélodie et le rythme sont conservés.	Développement du langage impossible	Appareillage indispensable
Surdité totale	Supérieure à 120 dB	Aucun son n'est perçu.		Langage des signes

troubles de la déglutition, les modifications de la résonance des cavités nasales (nasonnement ou rhinolalie), la mauvaise perméabilité tubaire ou les troubles de la voix (dysphonies organiques ou fonctionnelles) (Giovanni, 2006).

Ces anomalies ORL nécessitent habituellement une prise en charge médico-chirurgicale et orthophonique souvent précoce.

2.5. Troubles du langage et carences socio-affectives graves

Le rôle de l'environnement est primordial, et il n'est pas rare qu'un retard dans le développement langagier soit lié à des carences, notamment lorsque celles-ci concernent à la fois les domaines affectif et verbal.

✓ La relation affective

Le langage et la communication se développent dans un contexte social d'interactions où adultes et enfants ont leur rôle. Le langage est l'outil privilégié de la communication interhumaine, mais il n'est pas le seul et les premières communications du nourrisson avec son entourage sont non verbales. C'est de cette capacité à mettre en œuvre les premières bases de communication et de la **satisfaction** qu'il en reçoit que va, par la suite, émerger l'intérêt pour le langage.

Au-delà des premières acquisitions linguistiques, la relation affective continue à jouer un rôle fondamental dans le développement ultérieur du langage, le **plaisir de parler** étant très lié à la nature des échanges affectifs de l'enfant.

✓ Richesse linguistique du milieu

Le langage n'est pas inné, seule la capacité à apprendre une langue l'est. Cependant, les parents n'enseignent pas la langue à leur enfant, ils lui fournissent simplement les modèles. L'acquisition du langage est donc fortement **dépendante de l'environnement verbal** auquel l'enfant est exposé, et **de la quantité et de la qualité des stimulations linguistiques** qu'il reçoit. De ce fait, s'il n'entend qu'un langage très appauvri, ne comportant que peu de syntaxe, avec un nombre limité de mots, il pourra difficilement acquérir un langage riche en vocabulaire et riche sur le plan syntaxique.

Cette richesse linguistique semble fortement **corrélée au niveau socioculturel** des parents. Ainsi, dans l'« Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants », J. Johnston écrit que « de un à trois ans, les enfants des familles « professionnelles » à niveau verbal très élevé entendent presque trois fois plus de mots par semaine que les enfants de familles qui « reçoivent de l'aide sociale » et dont le niveau verbal est faible » (Johnston, 2010).

III. Recommandations actuelles

Les recommandations sur le dépistage et la prise en charge des troubles du langage ont été proposées et validées en 2001 par l'HAS (HAS, 2001).

Elles peuvent être résumées ainsi :

- 1) **Prise en compte de toute préoccupation exprimée concernant le langage**, qu'elle provienne des parents, des enseignants ou des professionnels de santé. Réalisation d'une **évaluation individuelle** et d'un **examen médical**.
- 2) **Repérage et dépistage systématiques** des troubles du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans, même en l'absence de plainte.
 - Au minimum, entre 3 et 4 ans, repérage par une seule question posée aux parents : « **Que pensez-vous du langage de votre enfant ?** ».
 - Possibilité d'utiliser des **batteries de tests** comme l'ERTL4 et la BREV.

Caractère essentiel du **bilan médical pour affirmer le caractère spécifique** ou non du trouble du langage et permettre d'orienter la prise en charge.

Recherche d'un déficit sensitif, notamment auditif (bilan auditif systématique +/- examen audiométrique complet), d'une pathologie neurologique, d'un trouble cognitif non verbal, d'un trouble envahissant du développement ou d'une carence importante dans l'environnement de l'enfant.

Nécessité d'un avis spécialisé et d'un EEG de sommeil devant tout trouble sévère de la compréhension.

- 3) **Bilan orthophonique** indiqué selon la sévérité, la spécificité et la persistance du retard de langage (**Tableau V**).
- 4) Nécessité d'une **prise en charge orthophonique** : après 5 ans en cas de trouble spécifique du langage oral confirmé ; avant 4-5 ans en cas d'inintelligibilité, d'agrammatisme ou de troubles de la compréhension.
 - Développement des contacts et des interactions entre les parents, le médecin traitant, l'orthophoniste et le système scolaire. **Prise en charge multidisciplinaire** coordonnée par un médecin au sein d'une équipe ou d'un réseau spécialisé si les troubles du langage sont associés à d'autres troubles neuropsychologiques ou du comportement.
- 5) **Réévaluation** de l'enfant par le médecin prescripteur après la rééducation orthophonique.

TABLEAU V. Indications du bilan orthophonique en fonction de la symptomatologie et de l'âge (d'après le guide pratique « Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant », SFP et DGS, 2007).

Age	Symptômes
De 3 à 4 ans	Absence de langage compréhensible par les personnes non familières Absence de structure grammaticale (trois mots dont un verbe à 3 ans) Troubles de la compréhension Bégaiement
De 4 à 5 ans	Retard sur le versant expressif ET compréhensif Si persistance d'un retard sur le versant expressif avec compréhension normale
A 5 ans	Tout trouble du langage oral

IV. Principaux outils de repérage et de dépistage des troubles du langage oral en médecine générale

1. Tests recommandés par la commission d'experts

La commission d'experts, chargée d'élaborer au niveau national les recommandations sur les outils à usage des professionnels de l'enfance dans le cadre du plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, propose, dans son rapport d'octobre 2005, l'utilisation par le médecin de famille de tests adaptés à sa pratique médicale et au temps disponible pour chaque enfant (Vallée et Dellatolas, 2005). Ces tests sont classés en fonction de l'âge de passation.

1.1. Le D.P.L.3 (Dépistage et Prévention Langage à 3 ans)

Disponible sur : <http://www.orthoedition.com> (téléchargement payant).

Conçu pour les enseignants, ce questionnaire peut être utilisé en médecine de ville. Il permet le pré-repérage des troubles de la communication chez les enfants de **3 ans à 3 ans et 6 mois**. Il comporte **dix questions** (Q1 à Q10) portant sur le développement langagier auxquelles il faut répondre par oui ou par non (**Annexe 1**). Les domaines d'observation concernent : la socialisation (Q1 et Q2), le graphisme (Q3 et Q4), la compréhension (Q5 et Q6) et l'expression du langage (Q7 à Q10).

Un score global entre 0 et 10 est calculé et permet de classer l'enfant comme étant « A risque » (score <3), « A surveiller » (score de 3 ou 4), ou « Satisfaisant » (score >5). Un score de 5 est considéré comme étant « satisfaisant » de 36 à 39 mois, et comme étant « à surveiller » entre 39 et 42 mois.

1.2. L'ERTL4 (Epreuve de Repérage des Troubles du langage à 4 ans)

Disponible sur : <http://www.com-medic.com> (téléchargement payant).

Cet outil, destiné aux pédiatres, généralistes, médecins de centres de protection maternelle et infantile (PMI) et de santé scolaire, a été étalonné et validé pour être proposé à des enfants de **3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois**.

De passation simple et rapide (5 à 10 minutes), il comporte une **plaquette recto-verso avec trois épreuves obligatoires (Annexe 2)** : les nains et les petits indiens (répétition des noms des 7 nains de Blanche-Neige et de 7 petits indiens), le petit chien (six images

représentent un chien et une niche, il faut dire où le chien se situe par rapport à sa niche) et la toilette (description d'une image représentant deux enfants dans une salle de bain). **Deux épreuves facultatives** sont proposées en cas de doute : les messages (répétition de phrases simples) et la voix chuchotée (répétition d'une phrase que l'examineur prononce la bouche cachée). Tout au long du test, l'examineur est attentif à la voix et au débit du langage.

L'enfant se retrouve à la fin dans un niveau de couleur : vert (langage normal pour son âge), orange (surveillance médicale, à revoir dans 6 mois), ou rouge (enfant suspect d'un retard ou d'un déficit nécessitant une demande immédiate de bilan).

1.3. L'ERTLA6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et de l'Apprentissage à 6 ans)

Disponible sur : <http://www.com-medic.com> (téléchargement payant).

Utilisable lors du bilan médical des 6 ans, c'est une épreuve de repérage des **troubles du langage et des apprentissages** conçue pour les médecins. Cet outil s'adresse à des **enfants du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grande section de maternelle ou de 1^{er} trimestre du CP**, et a pour but de repérer ceux qui risquent de présenter des troubles spécifiques des apprentissages : dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dyspraxie, dyscalculie...

De passation rapide (15 à 20 minutes) et facile, il est constitué d'une image de fête foraine qui permet de proposer **18 épreuves**. Ces épreuves testent les différentes compétences actuellement admises comme nécessaires aux apprentissages fondamentaux.

1.4. La BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives)

Disponible sur : <http://www.signes-ed.com> (téléchargement payant).

Cette évaluation a été conçue pour le dépistage aussi bien des troubles spécifiques (troubles du langage) que des **troubles cognitifs globaux** (déficience mentale, troubles liés à une épilepsie). Elle s'adresse aux enfants de **4 ans à 8 ans et 11 mois**, et explore le langage oral, les praxies, l'attention, la mémoire et les apprentissages scolaires.

La durée de passation est de 25 minutes mais il est possible de ne faire passer qu'une partie des tests, selon les fonctions que l'on souhaite évaluer. Toutefois, la BREV n'est pas conçue pour un repérage systématique des enfants "tout venant" et nécessite un minimum de formation et de connaissances pour son emploi.

2. Autres outils utilisables

2.1. Dialogoris

Disponible sur : <http://www.com-medic.com> (téléchargement payant).

Ses auteurs indiquent qu'il ne s'agit ni d'un test, ni d'une épreuve, mais d'une **boîte à outils** centrée sur la communication et le langage, à utiliser chez les **enfants de 0 à 4 ans**, et qui associe des questions à poser aux parents et des conseils à leur donner.

Son but est de :

- prévenir et limiter les développements déficitaires de la communication et du langage ;
- dépister précocement les enfants à risque ;
- intervenir précocement auprès des familles et des enfants.

2.2. Les IFDC (Inventaires Français du Développement Communicatif)

Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/05.ifdc.pdf> (téléchargement gratuit).

Les IFDC (Bovet *et al.*, 2005 ; Kern *et al.*, 2010) sont une adaptation française des « **MacArthur-Bates Communicative Development Inventories (MB-CDI)** ».

Au départ élaborés et étalonnés sur une population d'enfants américains par Fenson (Fenson *et al.*, 1993), ils ont ensuite été adaptés par le laboratoire dynamique du langage du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et les pédiatres de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) et de la Société européenne de pédiatrie ambulatoire (SEPA). Basés sur des questionnaires parentaux, les IFDC proposent une procédure simple d'**évaluation du développement communicatif (gestuel et langagier) du nourrisson et du jeune enfant francophone de 8 à 30 mois**.

✓ Description

Les **versions longues**, dont il existe soixante-trois traductions à ce jour dans le monde (consultables sur le site MacArthur-Bates Communicative Development Inventories : <http://www.sci.sdsu.edu/cdi/>), sont utilisées par les chercheurs en sciences fondamentales et les praticiens spécialistes du langage. En effet, elles permettent une description fine des compétences langagières précoces de l'enfant de huit à trente mois, mais leur temps de passation (vingt à quarante-cinq minutes), ainsi que la complexité de l'exploitation des résultats, rendent leur utilisation en ville difficile. C'est pourquoi des questionnaires courts, dérivés des précédents, ont été élaborés par une vingtaine d'équipes. Leur passation rapide (cinq à dix minutes), ainsi que l'exploitation simplifiée des résultats, les rendent plus adaptés à la pratique ambulatoire.

Les **versions courtes** en français comportent **trois questionnaires** documentés par les parents aux âges de douze, dix-huit et vingt-quatre mois (**Annexe 3**). Il s'agit de questionnaires fermés d'une page chacun, qui se composent d'une partie information générale (sexe de l'enfant, âge, rang dans la fratrie, mode de garde, langue parlée à la maison), suivie d'une partie concernant les compétences linguistiques de l'enfant.

La sélection des items s'est faite en fonction des fréquences d'acquisition obtenues sur les versions longues (une **corrélation de plus de 90 % entre versions longues et courtes** était nécessaire). Les listes préétablies de la sorte ont ensuite été remaniées dans leur répartition sémantique et grammaticale afin d'être les plus proches possibles dans leurs compositions des versions longues. Les questionnaires ont aussi été adaptés aux particularités linguistiques de chacun des quatre pays francophones participant au projet (Belgique, France, Luxembourg et Suisse).

→ **Le questionnaire de douze mois** apprécie la présence et le type de babillage (canonique ou diversifié) employé par l'enfant. Il évalue la gestuelle communicative (agiter la main en signe d'au revoir...), déictique (pointer du doigt...) et symbolique (faire semblant de donner à manger aux poupées...) en proposant aux parents de cocher parmi une **liste de 25 gestes**, ceux que l'enfant réalise ou essaye de réaliser au moment où l'on remplit le questionnaire. Il explore aussi la compréhension et la production à travers une **liste de 81 mots** appartenant à différents champs sémantiques (noms d'animaux, d'objets, actions...) et de nature grammaticale variée (noms, adjectifs, verbes...). Les parents doivent indiquer quels mots leur enfant est capable de comprendre, et lesquels il est capable de comprendre et de répéter, en sachant que la prononciation peut-être différente de celle des adultes.

→ **Le questionnaire de dix-huit mois** évalue le vocabulaire en compréhension et en production ainsi que l'émergence de la grammaire. Pour cela, une **liste plus longue de 97 mots** est proposée, ainsi qu'une évaluation de la **capacité à combiner** plusieurs mots.

→ **Le questionnaire de vingt-quatre mois** évalue la production lexicale et le développement de la grammaire. Pour cela, les parents doivent cocher parmi une **liste de 100 mots**, ceux que l'enfant produit de façon spontanée. Sont testées par ailleurs, la **capacité de combinaison** des mots et la **longueur moyenne des énoncés (LME)**, calculée en nombre de mots d'après les trois énoncés les plus longs de l'enfant.

✓ Etalonnage et résultats

• Etalonnage

La validation des questionnaires courts (2003-2005) a porté sur **554 enfants** monolingues ou bilingues (avec le français comme l'une des langues utilisées à la maison), issus d'origines sociales diverses. Les mères possédant un niveau universitaire étaient majoritaires (plus de 50 %) ce qui est nettement au-dessus des normes des pays considérés. Il s'agit d'un biais méthodologique de recrutement dont il faudra tenir compte lors de l'évaluation d'enfants issus de classes sociales moins éduquées.

Tous les enfants prématurés et/ou issus de naissances multiples, ainsi que les enfants présentant des pathologies oto-rhino-laryngologiques ou neurologiques étaient exclus de l'étude. Le nombre de filles et de garçons était équilibré, de même que le nombre d'ainés et de puînés.

Les enfants sélectionnés ont été suivis de 12 à 24 mois, période pendant laquelle leurs parents ont documenté les trois questionnaires courts.

• Résultats

Les analyses menées montrent un effet presque nul de la variable pays d'appartenance. De même, l'influence des variables « rang dans la fratrie » et « niveau d'études de la mère » sur les scores des enfants est très faible et peu systématique. **Les résultats sont donc présentés de manière globale, sans tenir compte du pays d'origine des enfants, ni de leur rang dans la fratrie ou du niveau d'éducation des mères.**

Par contre, on vérifie un **rôle du facteur sexe** sur les résultats obtenus (les filles étant plus performantes que les garçons), et il existe d'**importantes variations individuelles** dans tous les domaines évalués (**Tableau VI et Tableau VII**).

→ A 12 mois.

Le **babillage** peut être considéré comme acquis. Pour ce qui est des **gestes**, les enfants en réalisent en moyenne **13**. Le nombre moyen de **mots compris** est de **31** et en production, les enfants de 12 mois disposent d'un **lexique de 4 mots** différents.

→ A 18 mois.

Le nombre de **mots compris** à cet âge est deux fois plus important qu'à 12 mois avec une moyenne de **78** mots. Le nombre de **mots produits** est, quant à lui, six fois plus élevé mais avec d'importantes variations interindividuelles (moyenne de **22** mots différents). Par ailleurs, on note que la combinaison de mots ne concerne que 44 % des enfants de cet âge.

TABLEAU VI. Résultats de l'étude de validation des questionnaires courts pour les âges de douze, dix-huit et vingt-quatre mois : résultats exprimés en « moyennes ».

		Questionnaire des 12 mois	Questionnaire des 18 mois	Questionnaire des 24 mois		
Nombre de sujets	Garçons	277	185	189		
	Filles	277	172	196		
Babillage	canonique	99%				
	diversifié	81%				
Nombre de gestes	Moyenne garçons	12,70				
	Moyenne filles	14,20				
	Moyenne générale	13,45				
Nombre de mots compris	Moyenne garçons	28,79			73,77	
	Moyenne filles	33,99			81,59	
	Moyenne générale	31,39			77,54	
Nombre de mots produits	Moyenne garçons	3,67			18,63	61,80
	Moyenne filles	5,13			26,52	72,66
	Moyenne générale	4,40	22,43	67,13		
Combinaison de mots	Moyenne garçons		38%	86%		
	Moyenne filles		50%	94%		
	Moyenne générale		44%	91%		
Longueur moyenne des énoncés	Moyenne garçons				3,31	
	Moyenne filles				4,16	
	Moyenne générale				3,73	

TABLEAU VII. Résultats de l'étude de validation des questionnaires courts pour les âges de douze, dix-huit et vingt-quatre mois : résultats exprimés en fonction des « centiles ».

			Centiles				
			10	25	50	75	90
12 mois	Nombre de Gestes	Garçons	8	10	13	15	17
		Filles	9,00	12,00	15,00	17,00	18,00
		Tous	9	11	14	16	18
	Compréhension en nombre de mots	Garçons	9,2	17	26	38	49
		Filles	13,00	21,00	32,00	46,00	56,00
		Tous	11	19	29	44	54
	Production en nombre de mots	Garçons	0	0	3	5	8
		Filles	0,00	1,00	3,00	7,00	12,00
		Tous	0	1	3	6	10
18 mois	Compréhension en nombre de mots	Garçons	43	65	78	89	96
		Filles	58,00	72,00	86,00	95,00	97,00
		Tous	51	68	83	93	97
	Production en nombre de mots	Garçons	3	7	14	24	36
		Filles	5,00	11,00	22,00	36,00	58,00
		Tous	4	9	18	28	51
24 mois	Production en nombre de mots	Garçons	24	36	65	89	97
		Filles	35,00	58,00	79,00	92,00	98,00
		Tous	28	46	74	91	98
	Longueur moyenne des énoncés	Garçons	Combinaison non acquise	2	3,33	4,33	5,33
		Filles	2,00	3,00	4,00	5,33	7,00
		Tous	Combinaison non acquise	2,66	3,66	4,66	6

→ A 24 mois.

Le nombre moyen de **mots produits** par les enfants de 2 ans est de **67**. La **combinaison de mots** semble acquise à cet âge puisque 91 % des enfants combinent quelquefois ou souvent deux mots au sein du même énoncé. Par ailleurs, en divisant par trois le nombre total de mots contenus dans les trois énoncés les plus longs, on voit que les enfants de 24 mois sont capables de réaliser des **phrases de 3,7 mots**.

✓ Validité psychométrique

La validité des données recueillies a été vérifiée via plusieurs études. Afin d'assurer sa **fiabilité**, la fidélité ainsi que la prédictibilité de cet outil ont été testées.

La **fidélité test-retest** a été évaluée par la répétition des tests à deux semaines d'intervalle. Celle-ci a montré une stabilité des résultats et donc une constance dans la documentation des questionnaires par les mères, signe de la cohérence de leur jugement.

Par ailleurs, la **fidélité convergente**, qui repose sur le fait que les fonctions développementales obtenues pour les différentes composantes du questionnaire correspondent aux fonctions développementales décrites pour les mêmes variables dans d'autres études, a elle aussi été vérifiée (Fenson *et al.*, 1993). En effet, les résultats obtenus concernant l'émergence du babillage, les réalisations gestuelles, la compréhension et la production de mots ou encore la combinaison de mots, convergent avec ceux que l'on retrouve habituellement dans la littérature (Davis et MacNeilage, 1995 ; Chevrie-Muller, 2007 ; Charollais, 2005 ; Delahaie, 2009). Les variations interindividuelles au sein d'une même tranche d'âge sont, de plus, comparables à celles relevées pour d'autres échantillons de même taille (Chevrie-Muller, 2007).

La **prédictibilité** des questionnaires parentaux, qui se définit par une corrélation entre des composantes mesurées à un instant T avec la même ou d'autres composantes de l'instrument mesurées ultérieurement, a elle aussi été vérifiée. Les coefficients de corrélation sont particulièrement élevés pour la compréhension entre 12 et 18 mois et la production entre 18 et 24 mois. On retrouve également des corrélations positives entre gestes à 12 mois et compréhension à 18 mois, entre compréhension/combinaison à 18 mois et production à 24 mois, entre production à 18 mois et LME à 24 mois. Par contre, à l'exception de la production de mots à 24 mois avec laquelle la combinaison de mots à 18 mois entretient une relation positive forte, la combinaison de mots à 18 et 24 mois n'entretient aucune autre relation avec le développement du lexique, en compréhension comme en production.

Notons que la **validité prédictive à long terme** des questionnaires n'a pas été évaluée à ce jour, mais devrait faire l'objet d'une nouvelle étude par l'AFPA.

✓ **Utilisation**

La création et l'étalonnage de versions courtes francophones des MB-CDI permettent aux praticiens d'évaluer les compétences linguistiques du très jeune enfant et d'identifier facilement les jeunes sujets à risque tout en obtenant un **suivi longitudinal**.

Les questionnaires et la feuille d'évaluation peuvent être **consultés et librement imprimés** sur plusieurs sites Internet de pédiatrie (Médecine et Enfance, SEPA) ou sur le site du Ministère de la Santé (<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/05.ifdc.pdf>).

Ils sont remis aux parents en salle d'attente ou en fin de consultation. Une notice précise leur permet de remplir les questionnaires seuls.

Quelques minutes suffisent pour les exploiter grâce à une feuille d'évaluation avec repères en percentiles (du 10^{ème} au 90^{ème} percentile) ou en pourcentages. Leur interprétation repose sur la comparaison des résultats obtenus à douze, dix-huit et vingt-quatre mois et suppose une bonne connaissance de l'histoire de l'enfant et de sa famille, de son développement psychomoteur et de son mode relationnel. Pour une raison de simplicité, l'interprétation des résultats est la même chez les filles et chez les garçons, bien que dans tous les domaines les performances des filles soient supérieures à celles des garçons.

Un premier suivi des résultats de l'étude de validation permet de reconnaître comme **significatifs deux items inférieurs ou égaux au 10^{ème} percentile à un âge donné ou à des âges différents**, d'où l'intérêt du suivi à douze, dix-huit et vingt-quatre mois. **L'absence de babillage canonique à 12 mois et l'absence de combinaison de mots à 24 mois sont assimilées à des résultats inférieurs au 10^{ème} percentile et représentent des signes d'alerte.**

Chaque feuille est documentée individuellement pour être gardée dans le dossier de l'enfant ou remise aux parents.

MATERIEL ET METHODE

I. Choix de la méthode de recherche

Ce travail avait pour objectif de savoir si les IFDC pourraient apporter une réponse satisfaisante et être un outil utilisable en pratique quotidienne par les médecins généralistes lors du dépistage des troubles du langage de l'enfant. Il était donc nécessaire de comprendre quels étaient les obstacles qui limitaient ce dépistage et pourquoi il n'était pas toujours réalisé.

Pour répondre à ces questions, la méthode par recherche qualitative est apparue comme étant la plus adaptée.

Issues des sciences humaines, les **méthodes d'analyse qualitative** ont accru la capacité des chercheurs à appréhender la complexité des comportements des acteurs du système de santé. En autorisant l'observation et la compréhension de facteurs subjectifs, donc difficiles à mesurer, l'enquête qualitative **explore les représentations et les expériences personnelles** des sujets interrogés (Aubin-Auger *et al.*, 2008). Elle permet ainsi de répondre aux questions de type « comment ? » ou « pourquoi ? » et **aide à comprendre** les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel (Borgès Da Silva, 2001).

De son côté, la recherche quantitative, quand il s'agit d'étudier un lien de causalité, essaie aussi de répondre au « pourquoi ? », mais elle le fait d'une manière **statistique** ; alors que la recherche qualitative s'intéresse aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) plutôt qu'aux déterminants des maladies (compter) (Aubin-Auger *et al.*, 2008). En d'autres termes, les **méthodes d'analyse quantitative** sont capables de **quantifier un constat** mais sont peu capables de l'expliquer.

Les approches qualitatives et quantitatives ne sont donc pas en concurrence, elles répondent simplement à des problématiques différentes. Ainsi, les hypothèses émergentes de cette étude qualitative pourront être explorées ultérieurement lors d'études quantitatives.

II. Choix des sujets interviewés

La population que nous avons étudiée ici était composée de médecins généralistes de Haute-Normandie. Nous n'avons pas cherché à constituer un échantillon représentatif de la population des médecins généralistes car l'objectif de l'enquête par entretien est d'obtenir une sélection de participants la plus variée et caractéristique possible (**corpus diversifié**), cette diversité étant la source de la richesse des données (**échantillonnage dit orienté ou raisonné**). La constitution du corpus diversifié résulte donc du compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations et, simultanément, d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives (Blanchet et Gotman, 2007).

Pour obtenir notre échantillon, une liste initiale de médecins, avec lesquels une relation professionnelle avait été initiée, a été élaborée. Elle a été complétée au fur et à mesure par les noms de différents confrères donnés par les médecins interrogés et qui étaient susceptibles d'accepter de participer à l'étude (**méthode dite « de proche en proche »**).

Les **critères d'inclusion** étaient : être Docteur en Médecine Générale, exercer la médecine générale en libéral, être installé ou remplaçant, et accepter d'expérimenter les IFDC et de participer à un entretien.

Les **critères d'exclusion** comprenaient le refus de participer à l'étude et les exercices particuliers (médecine du sport, ostéopathie...).

Les médecins ont été contactés par courrier (par voie postale ou électronique) afin de leur expliquer l'objet de notre recherche (**ANNEXE 4**). Ils étaient **invités à expérimenter les questionnaires IFDC avec au moins un enfant** de 12, 18 ou 24 mois, et devaient donc recruter des parents d'enfants dont l'âge correspondait à l'âge de passation des questionnaires. Un consentement oral auprès des parents sélectionnés était demandé.

Chaque médecin ayant accepté de participer a été recontacté par téléphone au début de l'étude pour des explications complémentaires, puis au cours de la recherche dans un but de relance.

Une première série de médecins a été sollicitée, puis, devant la difficulté à faire expérimenter les IFDC et pour varier l'échantillon, il a été proposé à une deuxième série de médecins de collaborer à cette enquête.

Un **tableau de diversité** prenant en compte le sexe, l'âge, le milieu d'exercice (urbain, semi-urbain ou rural), le mode d'exercice (seul ou en groupe, médecin installé ou remplaçant) et l'activité ou non de maître de stage, a été constitué au fur et à mesure des entretiens afin de ne laisser aucune caractéristique ignorée et de vérifier la diversité de notre échantillon (**Tableau VIII**). Au total, **60 médecins (33 hommes et 27 femmes) ont été contactés de mars à septembre 2013**.

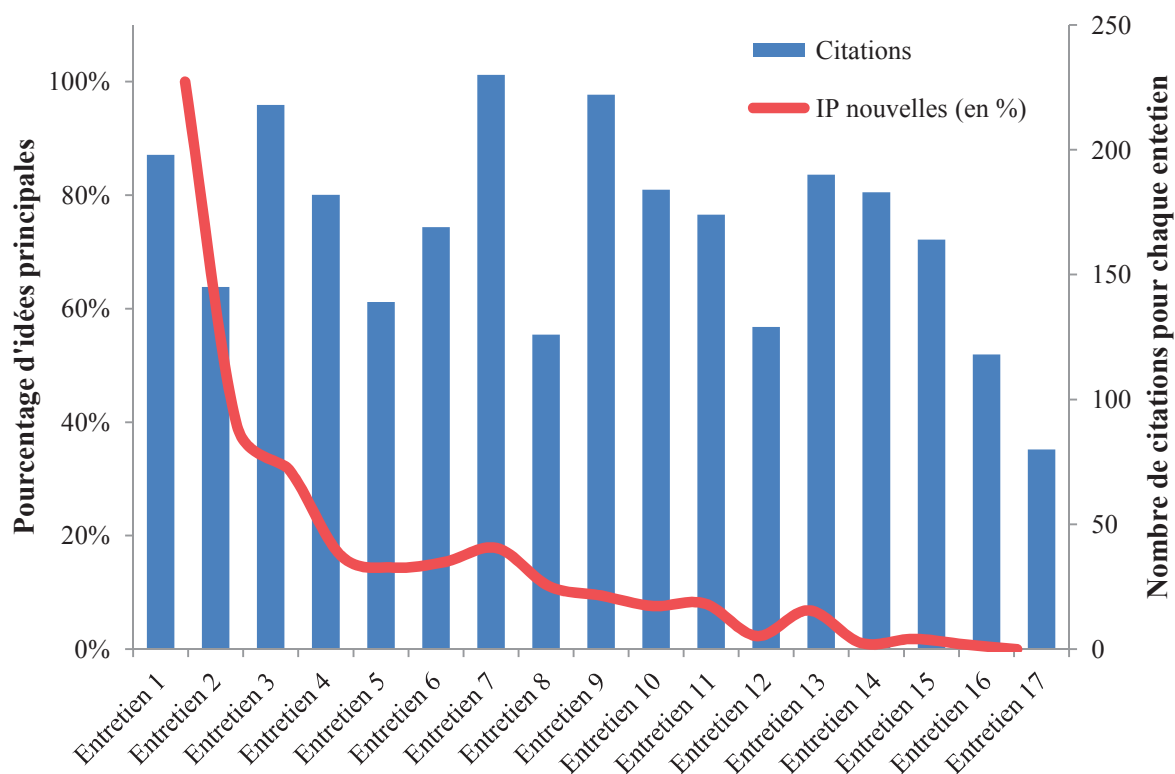
Il a ensuite été **convenu d'un rendez-vous pour un entretien** avec tous les médecins de notre sélection ayant utilisé les IFDC, ainsi qu'avec certains médecins n'ayant pas réussi à les expérimenter, afin de comprendre leurs difficultés.

Le recueil des informations s'est arrêté à **saturation des données**, c'est à dire lorsque les interviews n'ont plus apporté d'éléments nouveaux. Une redondance des idées a été relevée lors du 16^{ème} entretien et cette absence d'idée nouvelle a été confirmée par l'entretien suivant (**Figure 3**). Cette étude comportait donc **17 entretiens réalisés entre le 11/07/2013 et le 14/11/2013**, et notre échantillon se composait de 17 participants, tous médecins généralistes de Haute-Normandie, installés ou remplaçants.

TABLEAU VIII. Tableau d'échantillonnage.

	Ages	Sexe		Lieu d'exercice			Mode d'exercice		
		Homme	Femme	Urbain	Rural	Semi-rural	En groupe	Remplaçant	Maître de stage
Entretien n°01	34 ans		X	X			X		
Entretien n°02	50 ans	X		X			X		
Entretien n°03	55 ans	X			X		X		X
Entretien n°04	37 ans		X	X			X		
Entretien n°05	52 ans		X	X			X		X
Entretien n°06	57 ans	X		X			X		X
Entretien n°07	45 ans		X	X			X		
Entretien n°08	30 ans		X		X		-	X	
Entretien n°09	56 ans		X			X	X		
Entretien n°10	43 ans		X	X			X		X
Entretien n°11	32 ans		X	X			X		
Entretien n°12	51 ans	X		X					
Entretien n°13	41 ans		X			X	X		X
Entretien n°14	45 ans	X				X	X		X
Entretien n°15	53 ans		X	X					
Entretien n°16	61 ans	X		X			X		
Entretien n°17	57 ans	X		X			X		X

Figure 3. Evolution du nombre de citations et du pourcentage d'idées principales originales au cours de l'avancement des entretiens avec les médecins généralistes.



III. Recueil des données

➤ L'entretien comme technique de recueil des données

L'entretien, comme technique d'enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas contraint de donner des informations. L'entretien, contrairement à l'interrogatoire, est donc avant tout une **situation de rencontre et d'échange** qui permet la collecte d'informations plus approfondies et plus explicatives. L'enquête par entretien est à privilégier lorsque l'on souhaite **explorer les systèmes de représentation et les pratiques** (Blanchet et Gotman, 2007). Elle permet de révéler la logique d'une action et son principe de fonctionnement, et ainsi, de comprendre ce qui prédispose les médecins généralistes à agir d'une manière ou d'une autre.

➤ Choix de l'entretien semi-dirigé

On distingue deux grands types d'entretiens : les entretiens libres ou peu structurés et les entretiens semi-dirigés ou structurés. Le choix de l'un ou de l'autre de ces types dépend de la connaissance de la situation que l'on veut analyser.

L'entretien libre convient à des sujets pour lesquels on dispose de peu de données préalables (**enquêtes exploratoires**).

A l'inverse, **l'entretien semi-dirigé ou semi-directif** s'emploie lorsque l'on dispose d'informations plus précises sur le sujet étudié et sur la façon dont il est perçu (**enquêtes principales ou complémentaires**), ce qui était le cas pour cette étude. L'information obtenue de cette façon est plus facile à analyser que l'information libre, car plus aisée à catégoriser et à interpréter, impliquant un risque moins important d'être hors sujet (Pasquier, 2004). Elle nécessite cependant la constitution au préalable d'un **guide d'entretien formalisé**.

➤ Création du guide d'entretien

Selon A. Blanchet et A. Gotman (Blanchet et Gotman, 2007), le guide d'entretien est un premier travail de traduction des hypothèses qui permet la reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés).

Le guide assure que toutes les questions soient abordées. Il **structure le déroulement de chaque entretien** tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions et laisse la liberté, aux personnes interviewées, d'exprimer leurs opinions.

Le guide d'entretien élaboré pour ce travail de recherche a été soumis à la critique du directeur de thèse ainsi qu'à celle d'un enseignant du département de Médecine Générale de la faculté de Rouen. Cela a permis de reformuler certaines questions afin de les rendre plus compréhensibles et d'ajouter des relances pertinentes.

Après l'utilisation d'une version initiale lors des premiers entretiens, le guide d'entretien, en prenant en compte la progression de l'étude, a été amené à évoluer.

Ainsi, le **guide d'entretien final (ANNEXE 5)** se composait de quatre parties :

- une **introduction**, permettant de présenter l'étude, d'assurer les participants du respect de l'anonymat des propos recueillis, d'obtenir leur consentement (concernant la participation à l'entretien et l'enregistrement audio des données), et de valoriser l'importance des témoignages personnels sans jugement de valeur ;
- une **trame de questions ouvertes**, concernant d'abord les difficultés du dépistage des troubles du langage, puis l'utilisation des IFDC en médecine générale avec des questions adaptées selon que le médecin avait expérimenté ou non les questionnaires parentaux (**Tableau IX**). Une question « brise-glace » un peu plus générale, sur le rôle du médecin généraliste dans la prévention et les actions de dépistage, permettait aux médecins interrogés d'entrer progressivement dans le sujet et de les mettre en confiance avant d'aborder plus particulièrement la thématique de recherche ;
- un relevé des **données socio-démographiques** concernant les médecins afin de caractériser l'échantillon (âge, sexe, année d'installation, lieu et mode d'exercice, activité de maître de stage, nombre de patients vus par jour, activité pédiatrique estimée en pourcentage) ;
- une **formule de remerciement** pour la participation à l'étude avec proposition du retour des résultats.

Dans la pratique, afin de rendre les entretiens moins directifs et plus fluides, un **guide d'entretien simplifié**, ne reprenant que les principaux mots-clés, a été utilisé.

➤ Réalisation des entretiens

Pour des raisons d'organisation, il a été choisi d'effectuer des **entretiens individuels**. En effet, les **entretiens en focus group** (8 à 10 personnes rassemblées autour d'un sujet) ont pour intérêt d'être interactifs, de susciter une dynamique de groupe intéressante et d'être moins chronophages que les entretiens individuels (Aubin-Auger *et al.*, 2008), mais réunir les différents intervenants peut s'avérer très complexe. Par ailleurs, les entretiens individuels ont l'avantage de permettre une réflexion plus profonde et personnelle sur le sujet. Ils entraînent moins de facteurs de résistance et de mécanismes de défense lorsque des sujets sensibles, tels que les pratiques de soin, sont abordés.

TABLEAU IX. Thèmes abordés dans le guide d'entretien.

Concernant le dépistage des troubles du langage oral de l'enfant
Importance accordée au développement normal du langage et ressenti concernant son évaluation
Définition d'un trouble du langage et fréquence de la problématique
Aptitude du médecin à dépister les troubles du langage
Moyens et opportunités de dépistage
Connaissance des tests de dépistage
Intervenant à qui il revient de réaliser ce dépistage
Réaction face à des parents inquiets sur le langage de leur enfant
Abord du sujet avec les parents et place des parents
Difficultés rencontrées dans le dépistage des troubles du langage et solutions à apporter
Besoin d'informations
Concernant les IFDC et leur utilisation
Pour les médecins ayant expérimenté les IFDC
Opportunité de repérer des troubles du langage avant l'âge de 3 ans
Connaissance des IFDC avant l'étude
Première impression sur les questionnaires
Difficultés dans l'utilisation des questionnaires/de la grille d'évaluation
Réaction des parents
Avis sur les IFDC après cette expérience
Utilisation des IFDC en pratique quotidienne
Obstacles à l'utilisation et modifications à apporter
Pour les médecins n'ayant pas expérimenté les IFDC
Opportunité de repérer des troubles du langage avant l'âge de 3 ans
Réticences à l'utilisation des IFDC

La durée de chaque entretien, estimée entre 20 et 30 minutes, était précisée au médecin dans le courrier explicatif et lors du contact téléphonique. Le lieu, la date et l'heure étaient choisis par le médecin enquêté selon sa disponibilité. Les entretiens étaient **réalisés en face à face**, dans le cabinet du médecin ou, quand cela n'était pas possible, à son domicile (ce qui fût le cas pour trois entretiens). Ils étaient **enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique** Olympus VN-711PC DNS.

IV. Analyse des données

➤ Travail de retranscription

Aidés du logiciel de dictée « Dragon NaturallySpeaking 11.0 », l'enregistrement des différentes interviews nous a permis une **retranscription intégrale des entretiens mot à mot**. **Aucune reformulation ni correction des propos** n'a été effectuée. Les éléments de langage appartenant au registre non verbal (silences, soupirs, hésitations...) ont également été notés. **L'exploitation des données étant strictement anonyme**, les différents participants ont donc été codés tout au long des discussions (« M » représentant le médecin interrogé et « I », l'interviewer).

➤ Travail de codage

L'analyse qualitative est un processus évolutif et continu. Nous avons donc procédé à un **examen systématique du contenu du discours après chaque entretien** afin de réarranger chaque fragment de texte en une liste de catégories ou codes faisant émerger les thèmes principaux. Ce **travail de codage** s'est effectué manuellement à l'aide des logiciels Microsoft Office Word et Excel 2007 et a permis de transformer les **verbatim** (reproductions intégrales des propos prononcés par les interviewés) recueillis dans le texte en une première série de formulations signifiantes (**Tableau X**).

Ensuite, chaque catégorie a fait l'objet d'une analyse descriptive, suivie d'une analyse plus interprétative des données afin d'établir une théorie explicative (utilisation de **la théorie ancrée** ou « **Grounded Theory** » développée par Glaser et Strauss (1967) selon laquelle la théorie se crée à partir des données de la recherche).

La retranscription des entretiens ainsi que le travail de codage et d'analyse des verbatim sont présentés sur le cédérom fourni.

TABLEAU X. Tableau de codage des verbatims.

Thème	Codes	Définitions
Médecin	Med_prévention	A01 Tout ce qui se rapporte aux actions de prévention.
	Med_dépistage	A02 Tout ce qui se rapporte aux actions de dépistage.
	Med_rôle	A03 Rôle du MG*.
	Med_ressenti	A04 Ressenti des médecins sur le dépistage des TDL**.
	Med_formation	A05 Formation des MG sur le développement du langage et les TDL.
	Med_parents	A06 Rôle du médecin auprès des parents. Relation médecin/parents.
Parents	Par_rôle	B01 Rôle des parents dans le dépistage des TDL et la stimulation des enfants.
	Par_inquiétude	B02 Inquiétude des parents au sujet du langage.
	Par_exigences	B03 Demande des parents vis à vis des médecins.
	Par_contexte	B04 Contexte social et économique dans lequel les enfants évoluent.
	Par_ignorance	B05 Méconnaissance du problème des TDL par les parents.
	Par_déni	B06 Réticences ou déni des TDL par les parents.
Langage	Lang_importance	C01 Importance du développement du langage pour le MG.
	Lang_évaluation	C02 Comment le MG évalue le langage de façon générale.
	Lang_limites_évaluation	C03 Limites de l'évaluation du langage par le MG.
	Lang_informations_besoins	C04 Besoin d'information des médecins sur le langage.
	Lang_différences	C05 Différences interindividuelles dans le développement.
Troubles du langage	TDL_définition	D01 Définition des troubles du langage de l'enfant.
	TDL_fréquence	D02 Fréquence des troubles du langage.
	TDL_mode_de_découverte	D03 Mode de découverte des TDL.
	TDL_troubles_associés	D04 Troubles associés aux TDL.
	TDL_traitement_précoce	D05 Tout ce qui concerne la prise en charge/traitement précoce des TDL.
	TDL_guidance_parentale	D06 Conseils donnés aux parents pour améliorer le langage.
	TDL_évolution	D07 Tout ce qui se rapporte à la notion d'évolution des TDL.
Dépistage	DépistTDL_démarche	E01 Démarches face à une suspicion de TDL.
	DépistTDL_tests	E02 Tests spécifiques de dépistage des TDL connus par les MG.
	DépistTDL_opportunités	E03 Opportunités lors des quelles on peut dépister des TDL.
	DépistTDL_précocité	E04 Avis des MG sur la précocité du dépistage des TDL.
	DépistTDL_difficultés	E05 Difficultés ressenties par les MG lors du dépistage des TDL.
	DépistTDL_solutions	E06 Solutions proposées par les MG pour faciliter le dépistage des TDL.
	DépistTDL_bilan	E07 Tout ce qui concerne le bilan des TDL.
	DépistTDL_autres_acteurs	E08 Acteurs autres que le MG dans le dépistage des TDL.
IFDC	IFDC_connaissance	F01 Connaissance ou pas des IFDC avant l'intervention.
	IFDC_première_impression	F02 Première impression sur les IFDC.
	IFDC_difficultés	F03 Difficultés dans l'utilisation des IFDC.
	IFDC_parents	F04 Réactions des parents sur les IFDC.
	IFDC_avis_positifs	F05 Avis positifs des MG sur les IFDC.
	IFDC_avis_négatifs	F06 Avis négatifs des MG sur les IFDC.
	IFDC_solutions	F07 Solutions proposées par les MG pour améliorer l'utilisation des IFDC.
	IFDC_utilisation	F08 Possibilités d'utilisation des IFDC.
	IFDC_remarques	F09 Remarques des MG sur les IFDC.
	IFDC_questions	F10 Questions posées à propos des IFDC.
	IFDC_réticences	F11 Réticences des MG à utiliser les IFDC (pour ceux n'ayant pas expérimenté les IFDC)

* « TDL » est utilisé pour « troubles du langage ». ** « MG » est utilisé pour « médecins généralistes ».

V. Avis du Comité de Protection des Personnes

La **loi Huriot-Serusclat** du 20 décembre 1988 protège les personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, quelle qu'en soit la nature. Intégrée dans le code de la santé publique, cette loi a donné lieu, en 1991, à la création des Comités Consultatifs de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB), qui sont devenus les **Comités de Protection des Personnes (CPP)**. Ces comités ont pour rôle **d'évaluer les projets de recherche clinique** au regard de la balance bénéfices/risques et de la protection des personnes susceptibles de participer, avant d'autoriser leurs mises en œuvre.

Le protocole de notre étude nécessitait de faire expérimenter les IFDC par des médecins généralistes, qui devaient donc, pour cela, recruter des parents d'enfants dont l'âge correspondait à l'âge de passation des questionnaires.

Ces questionnaires ne rentrant pas dans la prise en charge pédiatrique habituelle en médecine générale, notre recherche a été considérée comme étant une recherche interventionnelle en soins courants (les recherches en soins courants sont des recherches qui visent à évaluer les actes ou les produits utilisés en pratique courante, et dont les risques et contraintes sont négligeables). La constitution d'un dossier de recherche nous a donc été demandée.

Après examen du dossier lors de la commission du CPP Nord-Ouest I du 17 octobre 2013, le comité a **finalement jugé que notre protocole ne relevait pas de son avis (ANNEXE 6)**.

RESULTATS

Cette étude qualitative comporte **17 entretiens** réalisés auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie et dont la **durée moyenne d'enregistrement était de 26 minutes** (durée variant de 15 à 45 minutes).

Les entretiens ont été numérotés par ordre chronologique (de E1 à E17). Les énoncés propres aux interviewés sont cités de manière inchangée entre guillemets et en italique. Certaines citations ont toutefois été raccourcies pour en faciliter la lecture.

I. Données sociodémographiques des médecins interrogés

➤ **Sexe**

Dans cette étude, sur dix-sept médecins interrogés, 10 étaient des femmes (59 %) et 7 étaient des hommes (41 %).

➤ **Age**

L'âge moyen des médecins interrogés était de 47 ans, l'âge variant de 30 à 61 ans (**Tableau XI**).

L'âge moyen des hommes était de 54 ans (variant de 45 à 61 ans).

L'âge moyen des femmes était de 42 ans (variant de 30 à 56 ans).

➤ **Lieu d'exercice**

Douze médecins sur dix-sept exerçaient en milieu urbain (soit 70 %). Deux exerçaient en milieu rural (soit 12 %) et trois avaient un cabinet en milieu semi-rural (soit 18 %) (**Tableau XII**).

➤ **Mode d'exercice**

Un seul des médecins interviewés était remplaçant.

Sur les seize médecins installés participant à l'enquête, quatorze travaillaient au sein d'une association (88 %) et deux exerçaient en cabinet particulier (12 %).

Par ailleurs, un praticien (E6) assurait une fois par semaine des consultations dans un Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et un autre était rattaché à une crèche (E15).

TABLEAU XI. Répartition des médecins interviewés par tranche d'âge.

Sexe\Age	< 40 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	> 60 ans
Femmes	4	2	1	2	1	-
Hommes	-	-	1	2	3	1

TABLEAU XII. Répartition des médecins interviewés selon le lieu d'exercice.

Milieu d'exercice	Urbain	Rural	Semi-rural
Nombre de médecins	12	2	3

TABLEAU XIII. Répartition des médecins installés selon leur activité.

Nombre de consultations par jour	< 20/j	20 à 25/j	25 à 30/j	> 30/j
Nombre de médecins	3	6	4	3

TABLEAU XIV. Répartition des médecins installés selon leur activité pédiatrique.

Activité pédiatrique	15%	20%	25%	30%	50%
Nombre de médecins	1	2	4	7	2

➤ Statut de maître de stage

Sept médecins étaient des praticiens agréés maître de stage pour les internes en DES de Médecine Générale (41 %) et six accueillait des internes en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).

➤ Activité

La majorité des médecins installés, soit dix sur les seize interviewés, assuraient une moyenne de 20 à 30 consultations par jour. Trois médecins voyaient moins de 20 patients par jour, et trois en voyaient plus de 30 (**Tableau XIII**).

Pour ce qui était de l'activité pédiatrique, onze médecins déclaraient avoir entre 25 et 30 % de pédiatrie dans leur patientèle. Trois médecins soignaient 20 % d'enfants ou moins, et deux autres avaient une population constituée pour plus de la moitié de patients de moins de seize ans (**Tableau XIV**).

Le **Tableau XV** récapitule les caractéristiques sociodémographiques des médecins interviewés.

II. Dépistage des troubles du langage oral en médecine générale

1. Place du médecin généraliste dans le dépistage des troubles du langage

➤ Rôle dans la prévention et le dépistage

Tous les médecins estimaient la **prévention et le dépistage prépondérants dans leur activité**, aussi bien en médecine adulte qu'en pédiatrie : « *je pense qu'il y a au moins 50 % peut-être de prévention dans une consultation. Tous les âges.* » (E1), « *je vais dire qu'entre guillemets c'est la base de notre travail* » (E10), et trois d'entre eux affirmaient : « *on n'est pas que du soin, il n'y a pas que du soin* » (E1), « *on n'est pas que des curateurs, on est avant tout (...) des préventeurs (rires).* » (E10), « *on n'est pas que des curateurs. (Rires) Voilà. Et ça j'aime bien.* » (E13).

TABLEAU XV. Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des médecins interviewés.

Entretien	Ages	Sexe		Lieu d'exercice			Mode d'exercice			Activité	
		Homme	Femme	Urbain	Rural	Semi-rural	En groupe	Remplaçant	Maître de stage	Nombre de consultations par jour	Activité pédiatrique
E01	34 ans		X	X			X			20-25	30%
E02	50 ans	X		X			X			30-35	25%
E03	55 ans	X			X		X		X	25-30	50%
E04	37 ans		X	X			X			20-25	25%
E05	52 ans		X	X			X		X	25-30	25%
E06	57 ans	X		X			X		X	25-30	30%
E07	45 ans		X	X			X			20-25	30%
E08	30 ans		X		X			X		-	-
E09	56 ans		X			X	X			15-20	15%
E10	43 ans		X	X			X		X	30-35	30%
E11	32 ans		X	X			X			20-25	50%
E12	51 ans	X		X						25-30	20%
E13	41 ans		X			X	X		X	20-25	30%
E14	45 ans	X				X	X		X	15-20	20%
E15	53 ans		X	X						20-25	30%
E16	61 ans	X		X			X			15-20	25%
E17	57 ans	X		X			X		X	30-35	30%
	Age moyen : 47 ans	41%	59%	70%	12%	18%	88%	6%	41%	Moyenne : 25 consultations/jour	29%

Pour cinq des participants, les généralistes n'étaient **pas les seuls impliqués** : « *c'est pas le seul intervenant potentiel dans, dans le dépistage* » (E4), « *je crois que de toute façon, (...) on est plusieurs à intervenir* » (E12).

Un praticien mettait en avant la **proximité des médecins généralistes avec les patients** par rapport aux autres professionnels de santé : « *dans la mesure où les patients viennent le voir en premier avant de voir n'importe quel spécialiste* » (E8), et un autre précisait que cette proximité leur permettait d'être **en première ligne du dépistage** : « *c'est vraiment la proximité qui permet de, de dépister le plus précocement possible les difficultés diverses et variées* » (E11).

Sept médecins se considéraient comme **les premiers acteurs de la santé** : « *on est les médecins du quotidien* » (E6), « *on est vraiment l'interlocuteur privilégié* » (E13).

➤ **Rôle dans le dépistage pédiatrique**

Les dix-sept médecins étaient très concernés par les **différents dépistages à réaliser en pédiatrie**. Ils portaient une attention particulière à la surveillance du calendrier vaccinal, à l'alimentation, à l'exploration des troubles auditifs et visuels, et au développement psychomoteur.

Huit insistaient sur leur implication dans la **surveillance du développement global de l'enfant** : « *enfin, c'est quand même en général nous qui voyons les petits de la naissance jusqu'à... jusqu'à leur âge adulte* » (E1), « *on voit quand même les enfants assez fréquemment* » (E12).

➤ **Intérêt porté au langage et à son développement**

Deux généralistes notaient un **intérêt récent pour le langage** de l'enfant : « *on n'en parlait pas, pas autant il y a 20 ans. Je ne pense pas.* » (E1), et trois se disaient **sensibilisés par leur vécu personnel** : « *tu le sais, j'ai des enfants dyslexiques et donc je suis particulièrement sensibilisée à ça* » (E5), « *ça fait partie aussi de ma pratique de... Parce que moi j'ai été sensibilisée au problème* » (E9), « *j'ai un enfant dyslexique. Donc ça aide à se dire que si y a un problème faut peut-être chercher une solution* » (E15).

Six participants mettaient l'accent sur la **place occupée par le langage** dans la communication, les apprentissages et le niveau scolaire : « *c'est la base (...) le socle* » (E5).

Neuf praticiens disaient envisager le langage **comme faisant partie du développement global et n'y accordaient pas plus d'importance** qu'aux autres domaines du développement de l'enfant : « *ça fait partie... c'est un item parmi d'autres. Comme : « Est-ce qu'il entend bien ? Est-ce qu'il joue avec ses jouets ? Est-ce qu'il superpose des objets ? Est-ce qu'il marche ? » » (E8), « on s'y intéresse pas forcément beaucoup » (E3), « on n'y prête pas attention » (E9).*

Sept médecins affirmaient **poser la question du langage de façon systématique** : « *ça fait partie de mon interrogatoire classique en pédiatrie » (E12).* Huit déclaraient ne pas s'y intéresser à chaque consultation de pédiatrie et deux avouaient même ne jamais interroger les parents à ce sujet : « *ce n'est pas une question que je pose spontanément » (E6).*

Pour trois praticiens, l'attention pour le langage était **fonction des centres d'intérêt** de chacun : « *on est plus ou moins attiré par telle ou telle chose » (E9), « c'est une question d'envie et de volonté » (E14).*

Quatre participants pensaient que les médecins **devaient s'y intéresser d'avantage** : « *on le fait sans doute trop peu » (E2), « parce que, à la limite, on serait peut-être pas obligé d'en faire autant (...). Mais il y a un minimum à faire. » (E7).*

➤ **Fréquence de la problématique des troubles du langage**

Huit généralistes estimaient **difficile de chiffrer** le nombre de leurs petits patients ayant des difficultés de langage : « *c'est vraiment une question difficile. Je crois que je serais incapable d'évaluer un nombre. » (E7), « j'peux pas vous dire combien ! » (E12).*

Pour sept médecins, le nombre de cas dépistés chaque année semblait **peu important** : « *peut-être quelques-uns par an » (E9).*

Dix trouvaient la **problématique fréquente** : « *je trouve ça énorme en fait ! » (E1), « je pense que c'est quand même assez courant parce que depuis que je m'y intéresse, (...) j'en dépiste » (E9), « c'est quand même quelque chose, oui, de fréquent » (E16).* Pour cinq praticiens, cette importance était **attestée par le nombre de demandes de bilans orthophoniques**, et pour cinq autres, par le **nombre d'enfants suivis pour des troubles du langage** : « *on a quand même pas mal d'enfants qui sont suivis en orthophonie » (E15).*

Quatre participants disaient rencontrer **plus de troubles bénins** : « *c'est souvent, des petites erreurs langage » (E3), « des troubles de prononciation ou des retards d'acquisition sont relativement fréquents » (E7), que de troubles sévères du langage : « des vrais troubles du langage style... enfin des choses graves, on n'en voit pas beaucoup quand même » (E17).*

➤ **Ressenti concernant le langage et le dépistage des troubles du langage**

Tous les médecins avaient connaissance de **repères chronologiques simples** plus ou moins précis pour les aider à évaluer le langage des enfants : « *un an, un mot ; deux ans, deux mots ; et trois ans, une phrase* » (E9). Huit disaient se sentir à l'aise concernant le développement normal du langage : « *je suis beaucoup plus à l'aise par rapport à des choses simples, des repères simples à avoir* » (E9), mais cinq avouaient ne pas l'être : « *c'est pas forcément quelque chose que j'aborde très facilement* » (E13).

Dix des participants jugeaient leurs **compétences comme étant relatives** : « *je connais un peu dans les grandes lignes, quoi, grosso modo mais...* » (E8), « *on n'est pas à l'aise* » (E9), « *je pense qu'on le fait tous, mais on le fait mal* » (E12), et se trouvaient **peu performants** dans ce domaine : « *on peut passer à côté d'un trouble du langage assez facilement, je pense* » (E2), « *c'est un domaine dans lequel à mon avis on n'est pas bon (rires)* » (E4), « *il peut y avoir un retard dans le diagnostic* » (E16).

Cinq d'entre eux soulignaient qu'ils n'étaient **pas des spécialistes du langage** : « *on peut pas être des hyper spécialistes partout* » (E3), et l'exploration des troubles du langage leur paraissait **difficile et complexe** : « *l'idée que j'ai, (...) c'est que dépister le langage, c'est pas si simple* » (E7), plus que d'autres dépistages, tels que celui du diabète ou de l'hypertension artérielle.

Pour cinq des participants, le **dépistage des troubles du langage était tout à fait faisable** en médecine générale : « *on est tout à fait capable de le faire* » (E9), mais ils précisaient que pour cela, leurs connaissances devaient être améliorées : « *on a besoin de monter en compétence* » (E9), « *j'peux faire beaucoup de progrès ! (Rires)* » (E12).

➤ **Rôle dans le dépistage des troubles du langage**

Quatorze des médecins estimaient que **repérer les troubles du langage était dans leurs attributions** : « *moi je pense que le médecin généraliste est bien placé pour le faire* » (E17) et trois mettaient l'accent sur **l'impossibilité de déléguer** de façon systématique cette tâche à d'autres professionnels : « *bah, qui ? On va envoyer systématiquement tous les enfants de la terre voir un spécialiste pour dépister les troubles du langage ? (Silence) C'est pas gérable !* » (E10), « *parce que sinon, qui le fera ?* » (E9), « *et puis, non, je crois que c'est le boulot du médecin généraliste* » (E6).

Les trois autres praticiens percevaient leur **rôle comme minime, restreint à la prescription des bilans orthophoniques** demandés par les parents ou les instituteurs : « *de toute façon tu fais un... c'est un "bon pour". C'est... un bilan orthophonique qu'on fait et 30*

séances si besoin. Heu... voilà, ça se résume quand même beaucoup comme ça. » (E3), « donc, à part faire une ordonnance pour bilan orthophonique plus ou moins rééducation si nécessaire, voilà, je ne sais faire que ça » (E13).

Deux médecins attiraient l'attention sur la **différence entre dépistage et diagnostic** : « *un diagnostic, je suis pas sûr que ce soit mon rôle* » (E3), « *parce que bon, voilà, notre rôle il est dans le dépistage, après... la main, on ne l'a plus* » (E14).

➤ **Rôle auprès des parents**

Les médecins spécifiaient que leur devoir était d'**alerter les parents** quand cela était nécessaire : « *d'attirer l'attention en disant : « Là, il y a peut-être un souci, il faut faire quelque chose » »* (E7).

Six généralistes pensaient que leur rôle était aussi **d'écouter et de comprendre leurs inquiétudes** : « *de voir ce pourquoi justement ils sont inquiets* »(E1), et dix parlaient de l'importance de les **rassurer** : « *j'essaie de les rassurer dans un premier temps parce qu'il y a toujours des moyens de corriger les choses, de rattraper* » (E14).

Pour quatre praticiens, le médecin devait également pouvoir **orienter** au besoin les parents et les enfants vers le spécialiste compétent : « *c'est quand-même notre métier de tous les jours, de... quand on a un doute sur quelque chose, on oriente quand-même* » (E9), « *savoir s'il y a une indication (...) à envoyer en consultation plus spécialisée* » (E17), et trois autres soulignaient un rôle d'**accompagnement**.

2. Rôle des parents vis-à-vis du langage de leur enfant et du dépistage

➤ **Rôle dans l'apprentissage du langage**

Huit des médecins considéraient le rôle des parents comme **décisif dans l'apprentissage du langage** : « *c'est eux qui vont (...) communiquer, enfin qui vont transmettre le langage aux enfants* » (E3), « *l'enfant, apprend les mots... qu'il va entendre régulièrement* » (E8), et cela dès le plus jeune âge : « *ça commence heu... tout nourrisson avec la maman qui parle à son bébé* » (E17).

Huit soulignaient l'**influence majeure des facteurs environnementaux et des conditions socio-économiques** sur cet apprentissage : « *son cadre familial est extrêmement important* »

(E1), « dans les milieux défavorisés, les enfants baignent peut-être dans un environnement où il y a peut-être moins de mots, où on parle moins à l'enfant heu... où on a moins de diversité au niveau du... je sais pas, du vocabulaire » (E13).

Pour cinq d'entre eux, **un langage incorrect des parents pouvait entraîner un trouble** du développement du langage chez leur enfant : « s'il entend mal parler il va reproduire la même chose, il parlera de la même façon » (E1), « l'enfant peut pas apprendre à parler normalement heu... voilà, si les parents ne lui parlent pas normalement... » (E7). Selon quatre praticiens, cela était d'autant plus vrai qu'on ne lui parlait pas ou peu : « y a quand même de nombreuses familles, heu..., ils ne se disent pas trois mots dans la journée. Donc c'est... c'est du coup extrêmement compliqué pour les enfants d'acquérir un langage. » (E3), ou qu'on lui parlait « bébé » : « parce qu'il y a des parents (...) qui parlent pas normalement. Qui vont dire faire « sissi » mais pas « assieds-toi ». » (E1).

Deux médecins mettaient aussi en exergue les **problématiques de la télévision et du bilinguisme**.

Enfin, pour cinq participants, les **parents paraissent plus attentifs dans les milieux favorisés** : « j'aurais tendance à penser (...) que plus le milieu est favorisé, plus les parents vont s'interroger et m'interroger » (E7), que dans les milieux défavorisés : « les milieux les plus carencés peut-être que eux sont moins attentifs à ça » (E6).

➤ Rôle dans la surveillance du développement et le dépistage

Pour cinq médecins, les parents, parce qu'en contact permanent avec leur enfant, étaient ceux qui **le connaissent** le mieux. Huit pensaient qu'ils pouvaient donc avoir un **rôle notable dans le dépistage des troubles du langage** : « les parents peuvent être, s'ils sont alertés, à l'écoute d'une part, prévenir s'il se passe des... s'il y a des soucis » (E5).

Huit praticiens estimaient qu'ils étaient susceptibles, si on leur posait la question, de rapporter au médecin ce que leur enfant était capable de faire ou de dire, et deux les jugeaient compétents pour **aider le médecin à conforter ou non son ressenti** : « les parents sont une aide importante (...) pour aider à évaluer les choses » (E4).

➤ Rôle dans la démarche thérapeutique

Pour sept participants, les parents avaient aussi un rôle important du côté thérapeutique car ils étaient les plus à même d'**encourager l'enfant à communiquer** : « et souvent il y a des trucs qui se décoincant, qui se décoincant comme ça, simplement quand les parents stimulent un peu plus l'enfant » (6), « c'est eux qui peuvent jouer avec leur enfant, lui parler » (E15), et

quatre insistaient sur **l'importance de la guidance parentale** : « *ils vont pouvoir interagir pour que les choses s'améliorent* » (E15).

Deux médecins mettaient aussi l'accent sur leur **rôle d'accompagnement** en cas de rééducation : « *c'est eux qui feront, qui seront moteurs des soins s'il y a des soins à faire...* » (E15).

➤ **Sensibilisation à la problématique des troubles du langage**

Cinq praticiens signalaient que **certains parents pouvaient se poser des questions** sur le langage de leur enfant : « *les parents peuvent s'inquiéter s'il y a un retard. Y en a certains qui s'inquiètent.* » (E9), « *il y a quand même certaines mamans que ça intéresse et qui posent des questions parce qu'elles ont quand même l'impression que leur enfant a peut-être un problème* » (E14).

Onze **avaient l'impression d'être le plus souvent à l'origine** de la découverte des troubles du langage et pour huit d'entre eux, **un bon nombre de parents n'était pas du tout sensibilisé** à la question du langage : « *il y en a qui à trois ans et demi ne s'inquiètent toujours pas qu'il aligne pas deux mots* » (E4), « *souvent les parents sont étonnés qu'on s'intéresse à ça* » (E14).

Six participants rapportaient qu'on les **interrogeait finalement peu** à ce sujet : « *les gens pensent pas forcément à en parler* » (E9), « *ils posent rarement spontanément les questions, quoi* » (E14), et pour un, **quand les parents l'interrogeaient, c'est souvent parce qu'ils étaient inquiets** : « *ils l'abordent rarement de façon spontanée si tout va bien* » (E4).

➤ **Inquiétude concernant le développement du langage et ses troubles**

L'inquiétude parentale, selon huit des interviewés, s'expliquait par le fait que les parents avaient **tendance à comparer** leur enfant avec ceux du même âge : « *parce que l'aîné il a parlé beaucoup plus tôt* » (E4), « *ils voient qu'il y a d'autres enfants qui parlent un peu mieux* » (E11).

Cinq médecins relevaient que cette **inquiétude n'étaient pas toujours proportionnelle à la gravité** des troubles : « *les plus inquiets sont pas forcément les... ceux qui ont les enfants qui ont le plus de problèmes* » (E3), « *donc, on a peut-être deux populations différentes : les populations où les enfants sont vraiment avec des troubles des apprentissages et en général je trouve que les parents sont pas très inquiets, et puis les enfants qui eux ont un développement tout à fait normal avec des parents qui sont peut-être plus inquiets justement* » (E13).

Sept participants mentionnaient que certains parents pouvaient être dans le **déni** et minimiser les difficultés de leur enfant : « *les parents s'en sont déjà rendus compte, ont temporisé ou n'ont pas voulu le voir, ou se sont dit qu'ils allaient attendre* » (E3). Cinq d'entre eux rapportaient qu'il était parfois très **difficile pour les familles d'accepter un diagnostic de trouble du langage** : « *les parents ont pas forcément envie* » (E7), « *pas envie que ce soit pris en charge, ou qui veulent pas emmener leur enfant chez l'orthophoniste* » (E4), « *c'est quelque chose qui est difficile à entendre* » (E13).

3. Place des autres intervenants

➤ **Dans le dépistage**

Pour cinq médecins généralistes, **tout le monde devait s'impliquer** dans le dépistage des troubles du langage : « *l'idéal, ce serait que se sentent concernés tous les gens qui gravitent autour d'un enfant* » (E4), « *c'est bien si tout le monde s'y met* » (E6), tant au niveau du personnel médical qu'extra-médical. Les participants évoquaient comme acteurs du dépistage : les **pédiatres** (cités par sept médecins), les **médecins de PMI** (cités par quatre médecins), les **médecins scolaires** (cités par quatre médecins), les **institutrices** (citées par treize médecins), et les **personnes qui gardent l'enfant** (nourrices ou personnel de crèche, cités par quatre médecins).

Onze praticiens insistaient sur la **place de l'école**. Cinq parlaient notamment de l'importance de l'**ERTL4** : « *réellement, l'école dépiste, hein, ils font des ERTL4, assez souvent* » (E7), et dix, des **institutrices qui pouvaient alerter les parents** si elles repéraient un enfant en difficulté : « *parfois, ce sont les enseignants, hein, qui alertent les médecins généralistes. Via les parents* » (E5), « *souvent les parents viennent nous voir avec une demande de bilan orthophonique heu... parce que l'institutrice trouve que l'enfant se... a un langage qui se développe pas bien* » (E12), « *la maîtresse trouve qu'il ne prononce pas bien* » (E7).

➤ **Dans le diagnostic**

Onze médecins déclaraient ne pas hésiter, en cas d'incertitude, à demander un **avis spécialisé** pour conforter ou non leur ressenti : « *si moi, j'ai le moindre doute sur un problème, je les envoie systématiquement après, vers des gens plus spécialisés pour préciser les choses* » (E10).

Treize participants confiaient adresser facilement l'enfant à un **orthophoniste** : « *on oriente assez facilement vers l'orthophoniste quand même* » (E5), « *c'est pas compliqué de faire une ordonnance pour aller voir l'orthophoniste qui elle, est très compétente, et qui va pouvoir me dire* » (E7).

Pour huit praticiens, l'**ORL** était un partenaire important car il était nécessaire, pour eux, d'éliminer un déficit auditif devant toute difficulté de langage : « *la première chose c'est : « est-ce que j'ai l'impression que l'enfant entend bien ? » Voilà la première question qu'il faut se poser » (E2), « je demande un contrôle, un contrôle chez l'O.R.L. systématiquement » (E12).*

Six médecins disaient se tourner vers les **pédiatres**, et un, plus particulièrement si l'enfant était petit : « *si l'enfant est pas scolarisé, je crois que j'aurais tendance à l'envoyer chez, chez le pédiatre » (E8).*

Le **centre référent** était évoqué par un médecin dans la prise en charge des troubles graves du développement du langage : « *à Charles Nicole où des gens sont plus pointus dans la prise en charge des troubles des apprentissages » (E13).*

4. Obstacles au dépistage des troubles du langage oral

➤ **Manque de connaissances et de formation sur le sujet**

Quatre médecins jugeaient leurs connaissances comme satisfaisantes et treize, comme étant insuffisantes.

Douze praticiens rapportaient un **défaut d'enseignement dans leur formation initiale** : « *j'ai pas de formation spécifique » (E4), « dépister les troubles du langage, ça fait pas partie de ce qu'on apprend » (E7), « on n'est peut-être pas tout à fait formé à ça » (E17), et cette tendance était plus marquée chez les médecins les plus âgés : « *c'était une époque où on n'en parlait peu » (E15), « c'est un concept heu... qui n'est pas nouveau mais heu... pour lequel disons, les choses n'ont pas été suffisamment approfondies dans notre formation » (E16).**

Quatre généralistes émettaient des regrets quant au **manque de formation médicale continue (FMC)** organisée sur ce thème. Quatre évoquaient le **besoin de remettre régulièrement à jour leurs connaissances** : « *j'ai sûrement besoin d'entretien. De... ma propre formation. » (E7).* Six disaient avoir bénéficié d'une formation dans le cadre de cette FMC.

Définir un trouble du langage semblait difficile pour cinq des participants : « *heu... et puis bah, après, pff... c'est assez flou » (E11), « qu'est-ce qu'un trouble du langage ? C'est ça la question ?... Ouais. J'ai pas vraiment réfléchi à cette question... (Rires) » (E14).* A ce sujet, neuf praticiens évoquaient la notion de retard de langage ou de trouble de la prononciation, sept mentionnaient la différence d'expression par rapport aux enfants du même âge : « *avoir l'impression que quand il s'exprime, c'est pas comme d'habitude quoi » (E1), cinq abordaient la question des troubles auditifs et des troubles de la communication, et quatre citaient l'absence de langage. Cinq parlaient aussi de dyslexie, trois, de dysphasie, et quatre autres, de*

dysorthographe, de dyscalculie, de dysgraphie ou de dyspraxie, pour définir les troubles du langage. Deux médecins rappelaient l'importance de distinguer les troubles du langage de type expressif des troubles de type réceptif.

Quatre participants avouaient avoir des **difficultés à déterminer avec précision la normalité** du langage à un âge donné et à **distinguer le normal du pathologique** : « *alors, qu'est-ce qu'on considère finalement comme anormal ? À quel moment on s'inquiète et on se dit : « Bon bah là quand même, on va, on va faire quelque chose ».* » (E10), « *on a du mal peut-être des fois à mettre des seuils précis où on va se dire : « là, vraiment, faut s'inquiéter. »* » (E11), « *quelle est la norme, pas la norme, ça c'est... c'est compliqué* » (E13). Cinq médecins insistaient par ailleurs sur le fait que, comme dans les autres domaines du développement de l'enfant, il était nécessaire de tenir compte de la **variabilité interindividuelle** : « *parce que quand ils sont petits ils sont très hétérogènes les enfants* » (E9).

Pour un praticien, ce manque de formation avait pour conséquences des lacunes qui **limitaient sa capacité à dépister les troubles du langage** : « *avant, quand j'étais pas bien formée, j'interrogeais pas les parents (...) Je ne savais pas quoi dire donc je n'interrogeais pas.* » (E7).

► Pour remédier à cette insuffisance de connaissances, deux médecins généralistes soulignaient la nécessité d'aborder le sujet du développement du langage dans le **curriculum initial des études de médecine** : « *ça doit faire partie des études de médecine, déjà, en premier lieu* » (E5).

Neuf précisait avoir besoin d'être formé et citaient la **FMC** comme moyen de se perfectionner secondairement : « *l'information, elle passe par la formation* » (E7). Huit souhaitaient recevoir des informations lors de soirées de formation, cinq, sous forme de séminaires et cinq autres, sous forme d'un récapitulatif écrit succinct.

Cinq participants mettaient l'accent sur l'importance d'avoir des **formations pratiques**, et quatre précisait qu'ils désiraient que soient repris les repères et alertes à connaître en matière de langage : « *avoir (...) des limites heu... négatives qui pourraient nous alerter si un enfant ne les a pas acquises* » (E10).

➤ **Manque d'outils de dépistage**

Le **manque d'outils de dépistage** était mentionné par sept médecins : « *j'ai pas d'outils précis disant à tel âge il faut ça, il faut ça...* » (E10), « *on n'a pas beaucoup de tests à disposition non plus. Enfin... utilisables facilement, rapidement* » (E5), « *je n'ai pas d'outils vraiment concrets pour pouvoir dépister, c'est ça qui pose problème* » (E13).

Onze participants reconnaissaient ne **connaître aucun test de dépistage**. Les six autres évoquaient l'ERTL4 (cité cinq fois), l'ERTLA6 (cité deux fois), ou le DPL3 (cité une fois). Parmi eux, cinq avouaient ne pas y avoir recours, ou alors, de façon très épisodique dans le cadre d'un dépistage ciblé. Les raisons invoquées étaient que, pour un médecin, ces **tests n'étaient pas adaptés** à la pratique de la médecine de ville ; trop longs à faire pour quatre autres : « *on nous disait que nous, on pouvait la faire. (...) Sauf qu'en fait c'est chronophage.* » (E1), « *ça prend une demi-heure, hein, quand même, à utiliser correctement* » (E5) ; ou pas accessible pour un dernier : « *le DPL3, mais j'ai du mal parce que c'est trop complexe* » (E9). Par ailleurs, concernant l'ERTL4, celui-ci étant réalisé en maternelle, un des participants ne voyait pas l'utilité de le refaire en consultation : « *c'est faire un doublon avec le dépistage de la médecine scolaire* » (E1).

L'évaluation du langage des enfants était donc, selon huit généralistes, essentiellement **fondée sur le ressenti** : « *c'est très instinctif* » (E3), « *une impression* » (E4), « *du feeling* » (E10). Pour repérer les enfants en difficulté, quinze médecins rapportaient l'utilisation de **repères chronologiques simples**, neuf, l'**observation** des enfants en consultation et six, l'utilisation du **cahier de santé** ou **leur expérience personnelle** : « *c'est peut-être aussi mon expérience de père de famille qui fait que j'ai, j'ai des repères par rapport à mes propres enfants et par rapport à leur évolution* » (E3). Dix praticiens soulignaient les limites et le **manque de précision** de ce mode d'évaluation : « *c'est probablement pas très fin...* » (E6).

► Huit des participants souhaitaient donc disposer de **tests de dépistage, à la fois simples et rapides** d'utilisation, pour les aider : « *est-ce qu'on pourrait pas avoir des outils un peu plus simplifiés et donc qui prennent moins de temps ?* » (E1), « *qui soient faciles à utiliser... heu... dans notre pratique courante* » (E2), « *quelque chose de très rapide* » (E10).

➤ **Manque de temps**

Outre le manque de formation et d'outil de dépistage, le principal obstacle au dépistage des troubles du langage, pour quatorze médecins, était celui du temps.

Trois généralistes évoquaient une **surcharge de travail** importante liée aux problèmes de démographie médicale : « *on a énormément de patients à gérer avec pas beaucoup de temps* » (E10). La nécessité de **prendre en charge en premier lieu la pathologie aiguë** était aussi mise en avant par cinq praticiens : « *le médecin généraliste est surtout là pour régler les problèmes de pathologies courantes* » (E16), « *un enfant qui a 40°C, vous n'allez pas faire beaucoup d'évaluation !* » (E2), « *quand ils viennent pour un rhume, pour une gastro, que c'est l'hiver, que la consult' est pleine, on prend pas forcément le temps de faire du dépistage du langage* » (E7). Un médecin soulignait l'impossibilité de tout faire : « *je suis souvent pleine de bonnes intentions et j'arrive pas toujours à tout faire* » (E4).

Par ailleurs, sept participants insistaient sur l'obligation de **répondre à plusieurs demandes** lors d'un même rendez-vous, notamment en pédiatrie : « *en général les enfants on les voit pas que pour ça. On les voit pour faire le bilan... on va dire vraiment somatique, sur l'examen clinique...euh... faire le point sur les vaccins et puis voir comment ça se passe à l'école, le cadre de vie etc. Et... il y a aussi dedans le langage...* » (E1), « *avant, c'était un ou deux motifs, maintenant, c'est 3 à 5. Avec le petit carnet avec la liste.* » (E14), et huit parlaient de la **multiplicité des tâches** à accomplir pour le médecin et des difficultés que cela pouvait engendrer : « *après il faut penser un peu à tout, c'est des fois un peu compliqué* » (E6), « *c'est toujours compliqué de faire de la double consult', enfant malade et dépistage* » (E7).

Dix participants mettaient en avant le fait **que le dépistage des troubles du langage requérait en lui-même un certain temps** de consultation : « *ça prend du temps aussi de, de les faire parler* » (E3), et deux médecins avouaient ne pas avoir le temps de s'y consacrer : « *ça paraît difficile de tout faire. De faire un examen clinique, et puis un examen du langage.* » (E12), « *parce qu'en fait ça vient dans un examen général, et c'est qu'une partie de l'examen* » (E15).

Six praticiens expliquaient que les consultations de pédiatrie étaient des consultations longues et qu'il leur paraissait **difficile de rajouter un temps supplémentaire** dédié à l'évaluation du langage : « *je prends déjà des consultations d'une demi-heure quand je vois des enfants pour des examens systématiques...* » (E1), « *et quand on rajoute le dépistage du langage, quand on rajoute le dépistage visuel, le dépistage auditif, et bah, c'est vraiment des consultations très longues* » (E7).

► Sept médecins suggéraient donc de **consacrer des consultations au dépistage** des troubles du langage : « *il faudrait quasiment une consultation (...) vraiment pour ça* » (E12).

Pour deux autres participants, une solution pouvait être de **faire appel à d'autres professionnels** pour effectuer ce dépistage : « *on a besoin de se... de se reposer très certainement (...) sur d'autres gens* » (E3), « *ça pourrait aussi être fait par, je sais pas, une infirmière formée* » (E14).

Une **meilleure rétribution** était également souhaitée par trois généralistes pour faciliter les actions de dépistage : « *parce que le temps, on le prendra que si on a une rémunération qui nous convient, enfin, qui correspond au temps qu'on prend* » (E7), « *une reconnaissance de ce travail là, du travail de prévention, du dépistage en médecine générale quoi. Avec la reconnaissance évidemment financière qui va avec.* » (E14), « *que ce soit prévu dans la nomenclature* » (E16).

➤ **Manque d'opportunités de dépistage**

Dix médecins citaient le **suivi régulier** des enfants comme opportunité de dépistage des troubles du langage : « *il y a quand même, au moins les deux premières années, un suivi relativement régulier* » (E4), « *on voit les enfants assez souvent donc...* » (E17), et sept estimaient que **toute consultation pouvait être l'occasion de faire ce dépistage** : « *on fait un petit bout aussi à chaque fois qu'on voit les enfants* » (E3), « *chez les enfants qu'on voit pas régulièrement, faut profiter des moments où on les voit et où ils sont malades pour en parler au moins* » (E15). Neuf mentionnaient les **consultations de suivi obligatoires** : « *neuf mois, deux ans, les parents viennent grâce aux certificats de PMI* » (E7), et huit, les **consultations de vaccination** : « *souvent, j'utilise les consultations pour les vaccins. Parce qu'en général c'est là où ils sont en bonne santé, qu'ils peuvent être plutôt coopérants... (...) C'est plus là où t'as le temps de faire un petit peu le point.* » (E1).

Quatre généralistes évoquaient des **difficultés à revoir les enfants** : « *on est en train de nous alléger les programmes de vaccination (...) sûrement à juste titre mais en même temps c'étaient des moments précieux (...) pour des fois rattraper d'autres choses* » (E2), **notamment après deux ans** : « *après, ils nous échappent un peu, surtout avec les, les calendriers vaccinaux qui ont beaucoup changé, passé deux ans, si ces enfants-là sont pas malades, on ne les voit plus* » (E13).

Quatre estimaient que les **consultations de suivi n'étaient pas assez nombreuses et trop espacées dans le temps** : « *parce que les consultations sont rares, les consultations dédiées à... à... non pas à la pathologie mais au dépistage* » (E2), « *neuf mois, deux ans, trois ans-trois ans et demi, ça suffit sûrement pas, je pense, pour faire tous les dépistages* » (E7).

► Cinq praticiens proposaient de **rajouter des examens obligatoires supplémentaires** : « *de même qu'il y a un examen de deux ans obligatoire, qu'il y ait des examens à trois ans et quatre ans qui soient obligatoires aussi* » (E6), « *qu'on puisse convoquer les gens comme pour les visites du 9^{ème} et du 24^{ème} mois* » (E14).

Six médecins pointaient du doigt un non **respect des consultations de suivi prévues** par le carnet de santé : « *dans la réalité (...) il y a très peu de parents qui vont venir dans l'idée que ils vont venir juste... alors que leur enfant va entre guillemets bien, mais c'est une consultation de suivi* » (E2), « *ils viennent que quand leur enfant est malade, tu vois* » (E6).

Quatre insistaient sur la nécessité d'**éduquer les parents** à l'importance du dépistage en général : « *il faut que les gens puissent savoir qu'ils peuvent aller voir leur généraliste pour ça (...) Eduquer sa clientèle à avoir des consultations dédiées.* » (E9). Pour trois participants, une **intervention des pouvoirs publics** était nécessaire : « *il y a un effort de santé publique à faire...* » (E6), « *ça peut être un item, hein, de... de consultation "Troubles de langage chez l'enfant". Exactement comme "Mammographies chez les femmes de plus de 50 ans"* » (E16).

➤ **Difficultés à faire parler les enfants en consultation**

Neuf des médecins interrogés soulignaient qu'il n'était **pas toujours simple d'obtenir la coopération des enfants** au cabinet médical : « *jusqu'à 2 ans 1/2 - 3 ans, on a parfois des enfants qui sont un peu réticents à communiquer avec nous* » (E3), « *des enfants un peu timides, un peu introvertis, lors de la consultation, c'est rare qu'on les entende spontanément parler* » (E7).

De plus, trois participants ajoutaient que leur **vision pouvait être biaisée** par le fait qu'ils ne voyaient les enfants que ponctuellement, et en dehors de leur environnement habituel : « *les médecins c'est important mais... mais ils passent quand même peu de temps avec l'enfant donc ils ont pas forcément une bonne... un bon reflet de la réalité* » (E4), « *ils se comportent pas pareil devant le médecin que quand ils sont à la maison.* » (E10).

► Pour améliorer l'évaluation du langage, deux praticiens proposaient de porter une attention plus particulière à **l'interrogatoire des parents** : « *donc c'est forcément à travers le regard des parents qu'il faut, qu'il faut essayer de, de voir s'il y a une problématique...* » (E2), « *c'est plus sur le questionnement des parents* » (E8).

Deux autres émettaient un **doute quant à la fiabilité cet interrogatoire** : « *j'ai le sentiment que l'interrogatoire des parents n'est pas forcément fiable, particulièrement dans les milieux défavorisés* » (E7), « *parce que finalement ils vous disent tous : « Oui, oui, non il parle bien », alors qu'en fait si vous grattez un peu, vous, vous trouver que finalement bah non* » (E16).

➤ **Difficultés à penser au dépistage des troubles du langage**

Deux des médecins interviewés, submergés par les différentes tâches à réaliser au cours de leurs journées de travail avouaient avoir parfois des **difficultés à penser** au dépistage des troubles du langage : « *moi je crois que les médecins ont les moyens et l'opportunité. Le problème c'est... probablement d'y penser comme plein d'autres choses.* » (E6).

► Un des deux médecins proposait l'intégration **d'alertes informatiques** : « *alors il faudrait une espèce d'alarme, comme ça, dans l'ordinateur* » (E6), « *imaginer des trucs qui nous réveillent* » (E6).

➤ **Difficultés à annoncer un diagnostic de trouble du langage**

Un autre élément qui semblait préoccuper trois des généralistes était la **difficulté que pouvait poser l'annonce d'un diagnostic de trouble du langage** : « *c'est pas forcément facile (...) de dire aux parents : « Mais heu..., votre enfant, il parle pas bien »* » (E4), « *on est dans une société de la performance, hein, donc quand on commence à dire que le gamin a peut-être un problème heu... en général, ils apprécient pas du tout* » (E10).

Trois médecins admettaient avoir plus de **difficultés à gérer les parents dans le déni** que les parents inquiets, ces derniers étant plus enclins à réaliser les bilans demandés et à s'investir dans la rééducation : « *finalement, des parents inquiets, c'est pas trop compliqué parce que je vais pouvoir me faire ma propre idée et facilement demander un avis orthophonique ou pédiatrique spécialisé* » (E7).

► Pour trois praticiens, une **meilleure connaissance des troubles du langage**, et pour quatre autres, une **information des parents sur l'intérêt du dépistage**, pouvaient lever cet obstacle : « *ce serait presque heu... l'idéal... où les parents soient préparés à cette hypothèse* » (E2), « *en informant les parents de ce que c'est le dépistage* » (E6).

➤ **Manque de communication avec les autres acteurs du dépistage**

Deux généralistes regrettaient un **défaut de communication** que ce soit avec les autres médecins : « *on ne sait pas forcément ce qui a été fait dans la consultation* » (E2), ou avec les enseignants : « *les instits font certainement ce travail-là, sauf qu'on a relativement peu de contact (...). C'est : « Allez voir votre médecin pour qu'il vous prescrive un bilan orthophonique ». Mais, enfin voilà, c'est... c'est à peu près le seul échange qu'on ait.* » (E3).

► Trois praticiens insistaient sur l'**importance de travailler en réseau** avec les autres acteurs du dépistage : « *le tout c'est de ne pas rester isolé (...) c'est un travail d'équipe* » (E1).

➤ **Manque de disponibilité des orthophonistes**

Trois généralistes, dont deux exerçant en milieu rural, mettaient l'accent sur les **difficultés à obtenir un rendez-vous chez l'orthophoniste** pour un premier bilan, et déplorait des délais souvent très longs : « *on habite la campagne et ici c'est extrêmement difficile, on est loin de tout* » (E9), « *après, on a un autre problème, c'est les orthophonistes qui sont pas... (...) Les délais, c'est énorme, c'est plusieurs mois.* » (E14).

► Deux des médecins soulignaient la nécessité de mieux évaluer pour **mieux cibler les priorités** afin de ne pas adresser tous les enfants chez qui on suspectait un trouble : « *il y en a qui doivent entre guillemets même pas se poser la question et pis qui envoient tout de suite au spécialiste au moindre doute* » (E10).

Deux autres praticiens relevaient l'importance, dans l'attente d'un éventuel bilan, de proposer une **guidance parentale**.

Les principaux obstacles au dépistage des troubles du langage et les solutions proposées pour les contourner sont résumés dans le **Tableau XVI**.

Tableau XVI. Obstacles au dépistage des troubles du langage et solutions proposées.

Obstacles	Comment les contourner
Insuffisance des connaissances	Formation initiale Formation continue
Manque de temps	Consultations dédiées au dépistage Consultations obligatoires supplémentaires Meilleure rémunération
Manque d'outils de dépistage	Connaissance des outils disponibles Développement de nouveaux outils simples et rapides d'utilisation
Faire parler l'enfant en consultation	Interrogatoire des parents
Annonce du diagnostic de trouble du langage	Formation des médecins Information des parents
Y penser	Alarmes informatiques

III. Utilisation des IFDC en médecine générale

1. Opportunité de repérer des difficultés de langage avant l'âge de 3 ans

Trois médecins avaient **conscience des répercussions** que pouvait avoir un trouble du langage oral sur le futur de l'enfant : « *c'est une perte de chance pour la suite* » (E1), « *ça influe sur après, sur tous les apprentissages* » (E5), et quinze participants s'accordaient pour dire qu'il était **important de dépister le plus précocement** possible ces difficultés : « *si on peut anticiper heu..., dépister, heu... tout petit, des soucis, ça évitera qu'on en ait plus tard* » (E5), « *comme tous les troubles, (...) plus tôt c'est découvert et, et mieux c'est* » (E8), « *faut dépister au plus tôt. Et à partir de 9 à 12 mois, oui, on peut dépister des choses.* » (E14).

Pour sept d'entre eux, l'intérêt était de **permettre une prise en charge précoce** : « *plus on dépiste tôt, on va dire, des, des déficits ou des retards, et plus on peut heu... aider, accompagner les enfants et les parents pour venir améliorer ou réparer ces déficits* » (E7), « *plus on intervient tôt, et mieux c'est* » (E13). Cette prise en charge, pour deux médecins, pouvait prendre la forme d'un **traitement ORL** si besoin ou, pour deux autres, être sous forme de **conseils parentaux**. Trois praticiens parlaient de **rééducation orthophonique** et quatre pensaient que cette rééducation était d'autant plus efficace qu'elle était entreprise tôt.

Trois médecins ne commençaient à s'intéresser au dépistage des troubles du langage qu'**au moment où l'enfant entrait à l'école** : « *j'attends aussi souvent que (...) l'école fasse un petit peu le débrouillage et soit extrait..., que l'enfant soit extrait du milieu familial* » (E3), « *moi je vais commencer à me poser des questions à partir de (...) on va dire, 3 ans* » (E6), « *j'avais quand même plutôt dans l'idée que les dépistages des troubles du langage, on pouvait les faire que à partir du moment où l'enfant était scolarisé* » (E13). L'un d'entre eux disait **s'intéresser plus au développement de la motricité** à cet âge : « *je m'intéressais plus au développement moteur qu'au développement du langage, hein* » (E6), et quatre généralistes avouaient avoir un intérêt modéré pour le développement du langage du nourrisson.

Pour neuf autres participants, il était intéressant de pouvoir agir **avant l'entrée en maternelle** : « *et donc de les prendre en charge avant qu'on attaque la scolarisation et la demande de rendement* » (E10), et attendre représentait, pour l'un d'entre eux, une perte de temps : « *à trois-quatre ans, je suis désolé, mais pour moi c'est trop tard* » (E14).

Deux médecins **doutaient de la pertinence d'un repérage précoce** des troubles du langage : « *le fait que je le repère très tôt ce trouble du langage, qu'est-ce que ça change... sur le développement, sur l'avenir de l'enfant ?* » (E3), tout en précisant qu'il était tout de même

primordial de **dépister le plus tôt possible les troubles les plus sévères** : « *est-ce qu'on est à deux mois, six mois près dans, dans ces repérages ? Probablement, quand c'est un déficit grave...* » (E3), « *ça dépend de l'importance de... Si c'est (...) une « dys » quelque chose... Bon, bah là, faut prendre les choses au sérieux* » (E17).

Deux autres médecins mettaient l'accent sur la **nécessité d'avoir une prise en charge à proposer** si l'on repérait un trouble ou un retard de langage : « *si y a pas de prise en charge adaptée derrière, ça va pas servir à grand-chose* » (E8), « *qu'est-ce qu'on en fait de ces gamins qu'on a dépisté avant 3 ans sachant qu'on a pas assez d'orthophonistes pour ceux qui ont plus de 3 ans ?* » (E14).

2. Expérimentation des IFDC par les médecins

➤ **Connaissance des IFDC**

Un seul des médecins interrogés connaissait les IFDC avant cette intervention (E9). Ces questionnaires avaient en effet été évoqués lors d'une formation d'orthophonie sur les outils de dépistage des troubles du langage. Cette thèse lui a donc donné l'occasion de les tester.

➤ **Première impression sur les questionnaires**

Au premier abord, pour dix des participants, les IFDC sont apparus comme un outil **compliqué** : « *ça m'a fait très peur quand j'ai ouvert les pages* » (E1), « *je sais pas pourquoi, j'ai eu l'idée que c'était compliqué* » (E7), « *au début on est un peu perdu* » (E14), et deux ont été **interpelés** : « *han ! C'est quoi ce truc là ?* » (E1).

Pour quatre, ils semblaient **longs à utiliser** : « *je me suis dit : "Où là, là, là, là, s'il faut que je fasse ça à la consultation..."* » (E5), « *je me suis dit que ça allait me prendre du temps* » (E15), et pour deux praticiens déjà submergés par les échelles d'évaluation, cela représentait **un test de plus** : « *encore un ! Je me suis dit... «(...) encore un test ! J'en ai ras le bol !* » » (E6), « *Où là, là, encore un truc sur le langage !* » (E7).

Quatre médecins ont eu l'impression que les IFDC étaient **simples et rapides** à utiliser : « *étant donné que ce sont les mamans qui les remplissent, ça m'a paru relativement réalisable* » (E10), « *après, quand j'ai compris effectivement que ça pouvait se faire à côté, en parallèle, dans la salle d'attente ou à la maison, à ramener le lendemain (...), bah là, je me suis dit : « Ouais, là, ça peut marcher, ça peut se faire » quoi* » (E14). Trois autres ont trouvé que les questionnaires avaient l'air d'être **valides et complets** : « *qui évaluait pas mal de choses* » (E4), « *très bien heu... référencés* » (E16). Deux participants ont pensé que les IFDC pouvaient être **utiles** dans leur pratique.

➤ Difficultés rencontrées lors de l'expérimentation des IFDC

Neuf participants ont rencontré des difficultés dans **l'utilisation de la feuille d'évaluation des résultats**. Six sur les quatorze ayant expérimenté les IFDC ont oublié qu'il existait une grille pour permettre de donner aux parents un résultat chiffré en percentiles et trois autres ont trouvé certaines consignes, notamment celle concernant la longueur moyenne des énoncés, peu compréhensibles.

Six médecins ont eu du mal à **penser aux questionnaires** lorsqu'ils voyaient des enfants d'âges correspondants : « *et donc, j'y pensais pas et je suis sûr que j'ai vu plein d'enfants qui auraient mérité que je le vois* » (E6), « *finalement, ça a été mon problème, c'est que je l'avais mis là, et puis bah... j'ai eu du mal à y penser* » (E10).

La **problématique du temps** a été évoquée par sept praticiens : « *tous ces dépistages là sont assez chronovores. Et (...) dans une journée de travail c'est extrêmement dur...* » (E2). Ce temps était surtout lié, pour deux d'entre eux, à la **nécessité de donner au préalable des informations** sur les IFDC : « *il faut heu... introduire le questionnaire, parler du questionnaire, expliquer aux parents* » (E2), « *même si on prend pas une demi-heure trois fois (...), c'est quand même un temps de consultation qui est important. Un peu comme, comme les... comme l'histoire du dépistage du colon* » (E4).

Cinq médecins ont noté qu'il n'était pas toujours aisé d'obtenir **l'adhésion des parents** : « *ça nécessite quand même une démarche... heu... volontaire* » (E4), « *il y a quand même des gens qui sont pas très réceptifs* » (E15), et cinq autres ont aussi éprouvé des **difficultés à récupérer les évaluations** : « *ils me les ont pas tous ramenés* » (E3), « *il a fallu que je la rappelle pour qu'elle ramène le papier* » (E5).

La **complexité potentielle de l'annonce et de la prise en charge d'un éventuel trouble** du langage a été citée par quatre participants : « *parce que j'annoncerais un grand déficit... Je sais pas...* » (E2).

Enfin, trois praticiens ont jugé que certaines **consignes des questionnaires pouvaient être difficiles à comprendre** pour les parents : « *le « C », le « CD » là, c'est vrai que c'était pas... Ça m'a pas paru toujours très clair, quoi.* » (E12), « *c'est peut-être celui où il y a « compris » et « compris et dit » qui a peut-être été difficile à interpréter pour la maman qui l'a rempli* » (E13), et trois autres ont évoqué une **mise en difficulté possible de certains parents** limités intellectuellement : « *ils vont peut-être être un peu plus en difficulté pour remplir ce type de grille correctement quoi. Voilà. Déjà, la première phase de compréhension de la grille, pourquoi on le fait, à quoi ça sert. Et après, comment on la remplit et voilà les cases qu'il faut cocher.* » (E14). Un dernier médecin a souligné que cette problématique pouvait aussi se poser

dans le cas de parents d'origine étrangère : « *les familles immigrées où les parents parlent pas très bien français, c'est sûr, ça posera un problème* » (E10).

Il est à noter que pour trois participants, les difficultés ressenties étaient en partie liées à la **méconnaissance des IFDC** : « *il me semble que c'est le fait que moi je ne connaissais pas bien ce test, qui a fait ça aussi. C'est-à-dire que j'ai pas pu le vendre comme il fallait (rires)* » (E5), « *il me manquait une partie des éléments* » (E12).

➤ **Avis et réactions des parents**

Douze des médecins qui ont expérimenté les IFDC ont relaté une **réaction très positive** des parents : « *il n'y a pas eu de retour négatif* » (E14). Ceux-ci ont paru à la fois **intéressés et satisfaits de la démarche** de leur médecin traitant : « *si vous proposez aux parents d'évaluer heu... (...) les parents sont d'emblée pas contre, évidemment* » (E2), « *elle a trouvé ça très intéressant et heu... elle était, elle était très contente de le faire* » (E10), « *ils étaient très contents qu'on s'intéresse à eux. Sur ce point de vue là.* » (E12).

Huit participants ont rapporté que les parents avaient trouvé les questionnaires **simples et rapides à compléter** : « *facilement réalisable* » (E10), « *rapide* » (E13), « *a priori, elles ont pas eu de difficultés plus que ça à remplir* » (E14), et sept n'ont **pas noté d'anxiété** : « *j'ai pas eu l'impression que c'était angoissant pour les deux qui l'ont fait, bien qu'ils ont... qu'il y a plein de choses qu'ils n'ont pas cochées* » (E3).

Les mamans ont même demandé à trois médecins de **continuer le suivi** avec les questionnaires IFDC suivants : « *plus ou moins demandeurs quand même de le refaire du coup. J'avais dû le faire à un an, donc, de le refaire à 18 mois* » (E11), « *elle disait : « mais est-ce qu'on va refaire des choses comme ça pour voir ? »* » (E13), « *c'est elle qui m'a relancé la dernière fois* » (E16).

➤ **Solutions proposées pour faciliter l'utilisation des IFDC**

Une **utilisation régulière** des IFDC a été proposée par six médecins pour être plus à l'aise avec les questionnaires et leur interprétation : « *il y a aussi une question de... d'expérience enfin c'est comme tout, tout outil, il faut aussi se l'approprier et l'utiliser. On est d'autant plus efficace qu'on l'utilise régulièrement...* » (E4), « *pour devenir compétent, bah il faut pratiquer* » (E9), et gagner du temps : « *finalement quand on les connaît, c'est comme tout hein, c'est plus facile d'utilisation donc ça va plus vite* » (E15).

Pour trois participants, une **information préalable** était nécessaire: « *faut répéter plusieurs fois. On est tous pareils.* » (E3), et une **formation** était souhaitée : « *ça nécessite que nous on soit formé pour le faire un peu... Mine de rien* » (E5).

Dix médecins ont mis en avant l'intérêt de faire remplir les évaluations par les parents **en dehors des consultations**, que ce soit juste avant ou juste après le rendez-vous : « *ça a été fait très facilement parce qu'ils ont fait ça dans la salle d'attente* » (E12), ou à la maison : « *donner éventuellement ce questionnaire aux parents en leur demandant qu'ils le remplissent avant la consultation de la fois prochaine* » (E13).

Sept praticiens trouvaient qu'il était plus simple d'utiliser les IFDC **en consultation** : « *parce que ça peut se faire tout en examinant l'enfant* » (E5), notamment si les parents éprouvaient des difficultés à comprendre les consignes : « *pour faire ça à plusieurs et pas laisser le parent seul remplir la grille* » (E14).

Une bonne **organisation**, par exemple en imprimant à l'avance les questionnaires, a été évoquée par trois participants pour faciliter leur transmission : « *je pense que si on le met à portée de main sur notre bureau, là, on saura, on saura le donner* » (E11).

Quatre médecins ont proposé que les IFDC soient **intégrés au carnet de santé**, directement : « *comme c'est un questionnaire d'auto-évaluation, ce genre de questionnaire là (...) pourrait être inclus dans le carnet de santé de façon... Pour que ce carnet de santé soit encore plus un outil... de lien et de relation.* » (E3), ou agrafés à l'intérieur aux âges correspondants : « *que les médecins l'aient au cabinet, et qu'ils le mettent dans le carnet de santé et du coup que ça permette d'avoir le temps d'explication quand on le met dans le carnet de santé* » (E4).

Un autre a soumis l'idée que les **parents comptent le nombre de cases cochées** pour gagner du temps.

Six praticiens étaient d'accord pour dire qu'une **information des parents**, orale ou écrite, était indispensable pour obtenir leur adhésion et pour que les questionnaires soient correctement remplis : « *ne serait-ce que d'expliquer aux parents que ça peut être utile* » (E2), « *de leur expliquer à quel point c'est... enfin, pourquoi c'est important* » (E15). Pour un de ces praticiens, cela pouvait permettre de limiter l'anxiété parentale : « *dire que c'est pas une liste exhaustive de tout ce que les enfants doivent heu... savoir faire à cet âge-là* » (E4).

Afin d'alléger le travail, un des médecins interviewés proposait **l'intervention d'un tiers** pour donner les informations aux parents : « *ça peut être tout à fait délégué à mon avis heu... l'explication* » (E14). Un autre suggérait une **campagne d'information** : « *ça peut être simplement une affiche dans la salle d'attente* » (E2), et **l'intervention des pouvoirs publics**.

De **nouvelles recommandations** appuyant l'intérêt du dépistage précoce et la place des IFDC dans celui-ci étaient demandées par deux participants.

Un des médecins souhaitait par ailleurs le développement d'une **version courte des IFDC à 30 mois** : « *parce que après heu... on a l'ERTL4, mais c'est à partir de 3 ans 9 mois. Et donc y a un creux, effectivement.* » (E9).

➤ **Avis des médecins après avoir expérimenté les IFDC**

- **Avis positifs**

Treize praticiens ont mis en avant la **facilité d'utilisation** des IFDC, autant dans la distribution des questionnaires : « *ça peut se donner assez facilement* » (E3), « *être quelque chose de facile à organiser* » (E13), que dans l'utilisation de la grille d'évaluation pour ceux qui l'avaient utilisée : « *le travail était relativement simple, c'est-à-dire compter le nombre de cases. Ça, ça va.* » (E3), « *c'est quelque chose qui est pas très compliqué à faire* » (E4), « *j'ai été surpris par la simplicité* » (E12). Pour eux, la plupart des parents étaient à même de remplir ce type d'évaluation : « *c'est le genre de trucs qu'ils peuvent s'amuser à faire avec le gamin sans trop de difficultés* » (E10), « *c'est des enfants, des enfants qui vivent dans un milieu pas forcément très, très favorisé. Et malgré tout, ça a été rempli assez facilement* » (E13), « *il y a rien de compliqué. Non, non, c'est pas compliqué* » (E16), et six ont apprécié que les IFDC soient des **questionnaires parentaux** : « *le fait que ce soient les mamans qui le remplissent à domicile, ça pour le coup c'est pratique* » (E10). Pour huit médecins, cela permettait une **exploitation rapide** : « *c'est quelque chose qui... qui prend pas énormément de temps* » (E4), « *finalement, tout ça va assez vite, si on veut bien voir* » (E6), et deux autres ont affirmé que cela pouvait leur faire **gagner du temps**.

Pour six participants, la **forme actuelle des questionnaires paraissait adaptée** : « *le système de cases à cocher est le plus satisfaisant parce que c'est celui (...) qui prend le moins de temps* » (E4).

Les IFDC représentaient un **outil intéressant** pour six praticiens : « *ça peut être un bon moyen de dépistage* » (E10), « *être utile* » (E13), « *c'est assez pratique finalement* » (E15), et pour trois autres, il se dégageait de cette expérimentation une **impression globale positive** : « *non, je crois que c'est, c'est vraiment bien* » (E12).

- **Avis négatifs**

Cinq médecins ont mis en avant, la **problématique du temps** : « *sur une consultation, là récemment, j'y ai pensé mais j'étais trop en retard et pas dans mon timing...* » (E2). Deux se disaient **submergés par les grilles d'évaluation** : « *le problème, c'est que des grilles on en a plein* » (E14), et pour un autre, les IFDC représentaient une **tâche supplémentaire** et un test de plus que l'on ne **s'appropriait que progressivement**. Pour deux participants, utiliser ces questionnaires demandait un **effort** : « *faut avoir la volonté, hein, de le faire* » (E9).

Trois des médecins interrogés pensaient qu'il pouvait y avoir un **manque d'objectivité de certains parents** : « *qui pourraient (...) cocher plus de... plus de cases, enfin plus de mots que ce que l'enfant ne dit réellement* » (E8), « *il peut y avoir un petit biais si maman est un petit peu trop bonne juge* » (E10).

Par ailleurs, quatre praticiens se demandaient si ces questionnaires, de par les **nombreux items** qu'ils proposaient, n'étaient pas **trop longs** à remplir pour les parents, et trois jugeaient ce type d'évaluation comme pouvant être **anxiogène** : « *ils peuvent être super inquiets en disant : «Mais il dit rien ! Comment ça se fait ? »* » (E4).

Deux médecins exprimaient un **doute quant à l'intérêt de cet outil** : « *c'est bien de se servir de... d'avoir des outils, moi j'aimerais bien savoir si ils vont me servir à quelque chose* » (E3).

Un participant regrettait que les **IFDC n'évaluent que le langage** : « *quand on voit un enfant, on ne fait pas que le langage. Voilà, c'est la seule critique, c'est que j'ai un test pour le langage, mais ça ne cible que le langage.* » (E9) et reprochait au test de **ne pas donner de réponse fiable** lorsqu'un seul questionnaire était rempli : « *à cet âge là, il y a quand même beaucoup de variabilité donc j'en reviens à dire qu'il faut suivre l'enfant avec d'autres tests (...). Les gens ont pas forcément envie de venir plusieurs fois pour tourner autour du pot.* » (E9).

➤ **Réticences éprouvées par les médecins qui n'ont pas utilisé les IFDC**

Dans le cadre de cette étude, il nous paraissait intéressant d'interroger les médecins qui n'avaient pas expérimenté les IFDC afin de comprendre quelles avaient été leurs réticences ou les obstacles rencontrés. Trois d'entre eux ont accepté de nous répondre.

Pour eux, la problématique majeure était celle du **temps**, notamment concernant le temps d'explication consacré aux parents : « *là, il faut au moins cinq minutes pour expliquer le truc* » (E1), « *faut quand même expliquer avant* » (E17).

Un des interviewés avait l'impression d'être **submergés par les grilles d'évaluation** : « *j'ai un peu le sentiment d'être noyée sous des, des dizaines d'échelles d'évaluation diverses et variées et que du coup, ça rajoute, c'est un peu lourd, voilà* » (E7), et a eu des **difficultés à penser aux IFDC** : « *j'ai dû les poser sur mon bureau et... et oublier après* » (E7). Expérimenter de nouveaux questionnaires a été vécu comme une **tâche supplémentaire** qui nécessitait de modifier sa façon de travailler et donc **demandait un effort et une motivation** de la part du médecin : « *je pense que c'est pas si simple d'acquérir des choses nouvelles* » (E7).

Un des médecins a aussi insisté sur le fait que répondre aux IFDC **nécessitait un niveau intellectuel suffisant** et de tout simplement savoir lire, ce qui semblait poser problème au sein de sa patientèle : « *je pense que ça ne peut pas (...) se proposer à toutes les familles* », « *c'est tout bête mais voilà, qui comprennent la consigne* » (E1). Ce même médecin considérait par ailleurs que les IFDC pouvaient être anxiogènes.

➤ Possibilités d'utilisation des IFDC

Pour neuf médecins, le principal intérêt des IFDC était **d'instaurer un suivi** de l'évolution du langage de l'enfant dans le temps : « *si on le fait à 12 mois, 18 et 24 mois, ça permet vraiment de suivre un peu l'enfant* » (E12), « *pour voir si l'enfant reste en difficulté* » (E13). Pour huit praticiens, ils permettaient **d'évaluer le langage en dehors du cabinet** médical : « *pour voir justement à la maison comment ça peut se passer* » (E1), et **de façon objective** : « *avoir voilà des choses plus les fixes et plus fiables que notre simple ressenti* » (E4), « *c'est beaucoup plus concret* » (E15). Sept participants pensaient qu'ils pouvaient **attirer l'attention des médecins** généralistes, ou **conforter leur impression** sur d'éventuelles difficultés pour deux d'entre eux : « *y a un « en dessous » où ça met en alerte* » (E3), « *ça ouvre un champ que j'explore quasiment pas* » (E6), « *il peut nous aider au dépistage. A trouver un trouble... qui jusqu'alors n'a pas été décrit* » (E16).

Pour deux médecins, cela pouvait **permettre d'aborder le sujet du langage** avec les parents : « *ça peut être des rendez-vous entre guillemets (...) pour parler de ça* » (E14), et pour six, de **les alerter** si nécessaire : « *la maman, quand elle a vu ça, elle a dit : « Ah ouais, effectivement docteur, y a un problème ! »* »(E14), « *de faire réaliser aux parents* » (E15), ou au contraire de **les rassurer** : « *de déstresser ceux qui sont inutilement stressés* » (E4), « *ça peut rassurer les mamans sur le fait que leur gamin finalement a un bon langage pour leur âge* » (E10). Quatre participants estimaient que les IFDC pouvaient aussi **permettre aux parents de prendre progressivement conscience** des difficultés de leur enfant : « *ça peut être un questionnaire qui peut nous aider donc nous, et qui peut aussi heu...aider les parents à prendre conscience* » (E1), « *l'intérêt aussi du test qui suit comme ça sur un an, un an et demi, c'est, c'est que du coup on a pas l'impression d'asséner non plus un coup de massue aux parents* »

qui n'avaient rien vu venir » (E4). Deux praticiens considéraient que les IFDC pouvaient aussi **donner des repères** aux parents sur ce que pouvait dire leur enfant à un âge donné : « ça leur a permis (...) de voir où... ce que pouvait dire leur enfant, d'avoir un repère » (E3). Pour deux autres, ça pouvait permettre de les **intégrer à la démarche de dépistage** : « ça peut être aussi une façon de les inclure dans la vigilance que le langage fait partie de leur développement » (E1).

Au total, six des médecins interrogés, après avoir expérimenté les IFDC, pensaient qu'une **utilisation en pratique courante** était possible : « c'est tout à fait possible de l'utiliser en, en pratique quotidienne » (E4), « moi dans ma pratique quotidienne, je pense que c'est gérable » (E13), « et peut-être que je vais m'en servir » (E15).

Cinq autres s'interrogeaient sur leur faisabilité dans le cadre d'un **dépistage de masse** : « je pense que ça serait trop long de le faire à titre systématique » (E9), « c'est peut-être pas à faire... pour tout le monde » (E16), et proposaient de les utiliser en deuxième intention dans le cadre d'un **dépistage ciblé** : « le moindre problème, le moindre doute, hop ! On peut le faire » (E9), « après, si d'emblée on voit a priori qu'on est sur les bons rails, y a pas forcément utilité » (E13).

Pour cinq des participants, il était **nécessaire d'expérimenter plus les IFDC** pour pouvoir se prononcer sur leur utilisation : « en l'occurrence, sur le cas que j'ai fait (rires) il n'y a pas eu de soucis ! Pas de problème... C'est difficile de juger sur un cas, là par contre. » (E2), « j'en ai utilisé que quatre pour l'instant. Mais je trouve que c'est pas beaucoup. » (E3).

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

➤ Le sujet de la recherche

L'originalité du sujet est un des points forts de cette étude. Les thèses qui abordent la thématique du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage de l'enfant en soins primaires sont en effet nombreuses mais elles traitent surtout de la place du médecin généraliste, de ses pratiques, des relations entretenues avec les orthophonistes, ou de l'utilisation d'outils de dépistage chez les enfants d'âge scolaire tels que l'ERTL4. Ainsi, la recherche bibliographique effectuée n'a retrouvé **aucune thèse qui se soit intéressée à l'utilisation des IFDC en médecine générale.**

➤ Le choix de la recherche qualitative comme méthode de recherche

Au début de ce travail de recherche, il a été envisagé d'adresser des questionnaires à une sélection de médecins généralistes tirés au sort et d'employer la méthode quantitative pour analyser leurs pratiques, leurs difficultés et leur ressenti vis-à-vis des IFDC. Cependant, après discussion avec le directeur de thèse et un enseignant du département de médecine générale, la **méthode qualitative s'est avérée beaucoup plus appropriée.** La difficulté liée au fait de faire tester les questionnaires par un grand nombre de médecins et l'absence de données émanant d'autres études, ont aussi été des arguments supplémentaires pour opter pour cette méthode de recherche.

➤ La diversité de l'échantillon

Une méthode qualitative ne requiert pas un échantillonnage représentatif, mais plutôt un échantillonnage orienté et raisonné. L'objectif est de collecter des réponses aussi variées que possible jusqu'à saturation des données, la diversification des caractéristiques des participants et l'obtention de la saturation des données étant les garants d'une analyse correcte.

Les médecins interrogés dans cette étude possédaient des **caractéristiques très diverses.** C'était des médecins des deux sexes, de tous âges (de 30 ans jusqu'à 61 ans), installés ou remplaçants, exerçant dans différents milieux (urbain, rural et semi-rural), ayant plus ou moins d'enfants dans leur patientèle (de 15 à 50 % de pédiatrie). Certains étaient enseignants à la faculté, maîtres de stage ou pas. Un des praticiens était même impliqué dans le fonctionnement d'un CMPP et un autre travaillait en collaboration avec une crèche.

La population étudiée comportait des médecins exerçant dans **différentes communes de l'Eure et de la Seine-Maritime**. Elle constituait donc une photographie intéressante des professionnels de la région Haute-Normandie.

➤ **Le choix de l'entretien individuel semi-dirigé comme méthode de recueil des données**

L'utilisation de la technique des entretiens individuels s'est avérée pertinente en permettant le **recueil des opinions et des propositions propres à chacun**. Elle a permis d'identifier les obstacles au dépistage des troubles du langage du point de vue des participants ainsi que leur avis sur les IFDC. L'élaboration d'un guide d'entretien a structuré les rencontres avec les différents médecins, permettant d'accroître la validité de l'étude en standardisant les questions, tout en autorisant une liberté d'expression.

La création de *focus groups* n'a pas été envisagée ici. Organiser ce type d'entretien aurait été beaucoup plus complexe, et obtenir des avis personnels aurait été plus difficile, les praticiens interviewés pouvant s'influencer mutuellement.

➤ **L'enquêteur et son statut social**

Avoir un seul investigateur dans une recherche qualitative limite les biais liés à l'enquêteur car on peut supposer que les entretiens sont menés de manière quasi identique. Par ailleurs, le fait que le **chercheur soit lui-même du même milieu social que l'enquêté** est aussi un argument en faveur d'une meilleure validité. La proximité socioprofessionnelle permet de lever les barrières et les mécanismes de défense du participant, rend l'entretien plus aisé, et, en permettant au médecin de se sentir mieux compris, favorise la production d'énoncés considérés comme plus « délicats ». Cependant, le médecin interrogé peut se sentir jugé par son pair, l'interviewer. Pour éviter ce phénomène, il était donc rappelé en début d'entretien l'importance donnée à l'expérience et au ressenti des interviewés, ainsi que l'absence de bonne ou de mauvaise réponse.

➤ **Des comptes-rendus intégraux et une vérification des résultats par les participants**

La **retranscription intégrale des entretiens**, mot à mot, puis leur analyse au fur et à mesure, a garanti la fiabilité de l'étude. Le codage des verbatims effectué, les résultats de l'analyse ont été soumis aux médecins qui avaient participé à la recherche afin de les corroborer (**validation réactive**), ce qui a permis d'augmenter la validité interne de l'étude (la validité interne consistant à vérifier si les données recueillies représentent la réalité).

2. Limites de l'étude

➤ Inhérentes à la méthode

S'agissant d'une recherche qualitative sur un petit groupe de médecins, les résultats n'ont donc pas pu être généralisés et transposés à toute la population concernée. Les avis et les données recueillis n'étaient qu'une ébauche, un **point de départ établi sur un panel restreint de médecins**. Pour valider ces données, une **étude quantitative randomisée sur un groupe de praticiens plus large est indispensable**.

Les **refus de participer** à l'enquête n'étaient probablement pas en rapport avec le thème de cette recherche, qui touchait le domaine de la pédiatrie, car tous les médecins généralistes ou presque sont amenés à soigner des enfants. Ils étaient sans doute plutôt **liés au protocole** défini, au temps requis pour expérimenter les IFDC et à la motivation que cela nécessitait. Ainsi, sur 60 médecins contactés entre mars et septembre 2013, 27 ont accepté de participer (soit 45 %), mais seuls 14 médecins (soit 23 %) ont réellement réussi, après plusieurs relances, à utiliser les questionnaires parentaux IFDC (**Figure 4**).

➤ Inhérentes à l'absence de réponse

Le refus de participer à l'étude a pu constituer un **biais de non réponse**. En effet, les personnes qui n'ont pas répondu étaient vraisemblablement différentes des personnes qui ont effectivement participé.

Dans cette investigation, les médecins qui n'ont pas accepté de tester les IFDC étaient aussi bien de sexe masculin que de sexe féminin. Cela représentait 22 refus de la part de médecins hommes sur les 33 contactés (soit 67 %), et 11 refus de la part de médecins femmes sur les 27 sollicitées (soit 41 %) (**Figures 5, 6 et 7**).

➤ Inhérentes à l'échantillon

Cette étude a été réalisée sur un échantillon particulier de médecins, puisque tous étaient **volontaires**. Cela peut constituer un **biais d'auto-sélection**, car les médecins qui ont accepté de répondre et d'expérimenter les IFDC se sentaient probablement plus concernés par le sujet de l'enquête. Notamment, trois des participantes étaient mamans d'enfants dyslexiques ou dyspraxiques (E5, E9 et E15). De plus, comme dans beaucoup d'études qualitatives, une partie des médecins sollicités était maîtres de stage, c'est-à-dire **plus investis**, par rapport à la moyenne, dans la problématique de la recherche. Le fait d'avoir demandé aux participants leur aide pour recruter certains de leurs collègues pour ce travail a pu également représenter un **biais**

Figure 4. Participation des médecins généralistes contactés lors de cette étude.

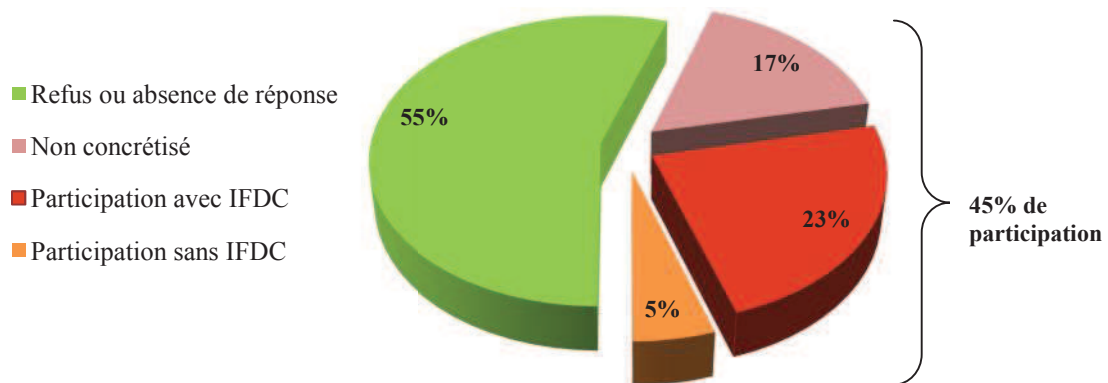
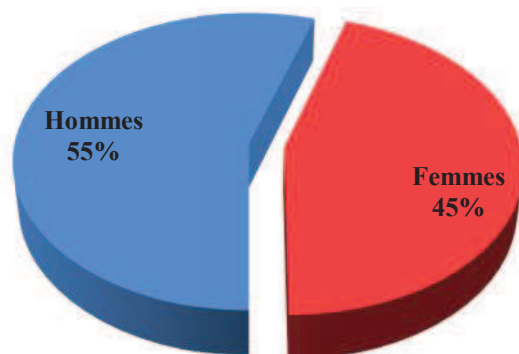


Figure 5. Participation des médecins en fonction du sexe.



de sélection. Enfin, les rapports professionnels entretenus avec une partie des médecins interviewés et le questionnement de trois anciens maîtres de stage a pu modifier les rapports interviewer/interviewé et freiner la demande d'informations censées connues de l'enquêteur.

On remarque une plus forte participation des médecins femmes à cette recherche (59 % contre 33 % de médecins hommes, **Figures 6 et 7**). Il est possible que cette constatation soit liée au fait que les femmes médecins ont proportionnellement plus d'enfants dans leur patientèle que les médecins hommes. Peut-être y a-t-il aussi un « effet maternel », c'est-à-dire une préoccupation plus importante des femmes pour tout ce qui touche les enfants et leur santé. Ainsi, une thèse de 2010 réalisée auprès de généralistes du Nord-Isère notait que les médecins réalisant le dépistage des troubles du langage étaient en majorité des femmes plutôt jeunes (âge moyen de 42 ans), et qui, dans 80 % des cas, avaient reçu une formation sur le sujet (Dufféal-Chazot, 2010).

➤ **Inhérentes au guide d'entretien**

Le guide d'entretien constitue un cadre nécessaire à la discussion mais il autorise en même temps une certaine liberté d'expression et donne aux participants tout le loisir d'infirmer ou d'enrichir les thèmes abordés. Une fois élaboré, il doit être mis à l'épreuve afin d'évaluer la longueur des entretiens et la formulation des questions, d'identifier des zones d'incompréhension ou de mettre en évidence un thème qui aurait pu rester ignoré.

Dans cette recherche, le guide d'entretien a été soumis à la critique du directeur de thèse et d'un enseignant du département de médecine générale, puis a été testé avec une collègue remplaçante pour contrôler la cohérence des questions et le déroulement de l'entretien. **Des entretiens exploratoires auraient dû être effectués avec plusieurs médecins généralistes** mais cela n'a pas été possible étant donné le faible taux de réponse de cette étude. Le premier entretien a donc servi d'entretien test. Il a permis le remaniement du guide et a finalement été intégré dans les résultats. Ainsi, bien que cette recherche ait été la plus exhaustive possible, il est possible que des thématiques importantes aient été occultées.

➤ **Inhérentes au déroulement de l'entretien**

L'enregistrement des entretiens par un **dictaphone a pu être source de blocage**. Tous les médecins n'avaient pas la même capacité d'extraversion. Certains, à l'aise lors de conversations libres, ont été beaucoup moins prolixes lors des entrevues. D'autres, au contraire, ont eu tendance à s'étendre sur d'autres sujets et ont eu des difficultés à répondre aux questions posées. De plus, les médecins interviewés ont pu faire preuve d'auto-indulgence ou oublier de mentionner des données importantes, ce qui peut, comme dans tous les travaux se basant sur des déclarations de pratiques ou d'intentions, entraîner un **biais de déclaration**.

Figure 6. Participation des médecins hommes à cette étude.

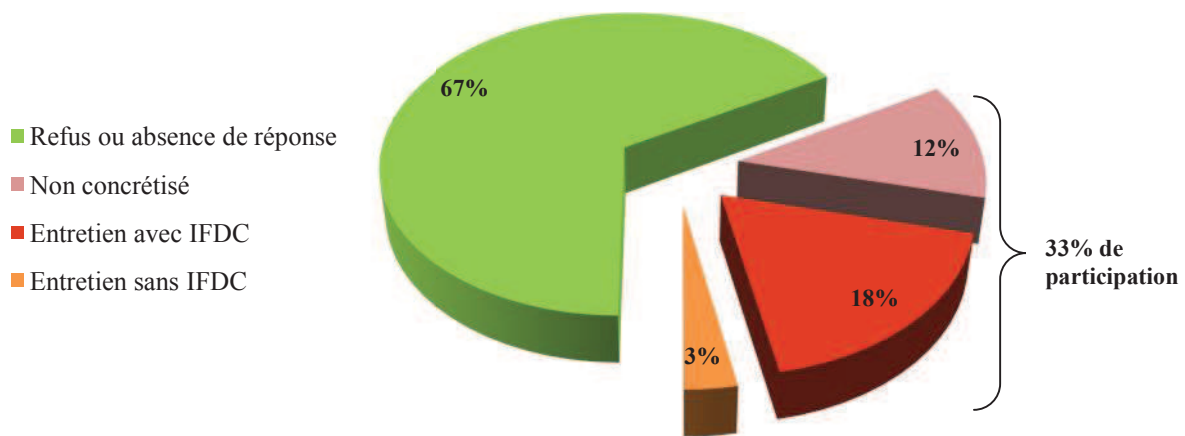
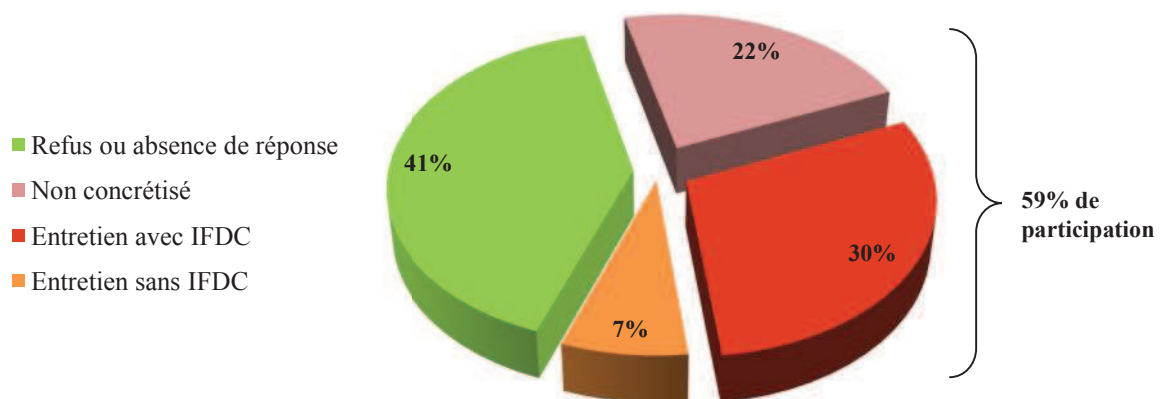


Figure 7. Participation des médecins femmes à cette étude.



➤ **Inhérentes à l'enquêteur**

Lors des entretiens, l'enquêteur doit veiller à avoir un discours le moins directif possible, afin de minimiser l'influence de ses représentations et de ses opinions sur l'interviewé. Toutefois, il est possible que **certains commentaires ou intonations aient pu influencer** les énoncés des médecins et que les questions n'aient pas toujours été formulées correctement, ce qui peut être à l'origine d'un **biais de mesure**.

➤ **Inhérentes à l'analyse des entretiens**

L'analyse des données est un travail complexe à effectuer. Chaque verbatim doit être codé et bien que l'approche ait été la plus objective possible, un **biais d'interprétation** ne peut être écarté. Toutefois, on peut supposer qu'il a été limité grâce à la validation des résultats par les participants eux-mêmes.

II. Analyse des résultats

L'objectif principal de cette thèse était de savoir si, dans le cadre du dépistage des troubles du langage de l'enfant de moins de 3 ans, les questionnaires parentaux IFDC seraient utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne.

Pour répondre à cette question, nous nous sommes tout d'abord intéressés au rôle des médecins généralistes dans ce dépistage puis aux difficultés qu'ils pouvaient rencontrer.

1. Quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage des troubles du langage ?

➤ **Le médecin généraliste en première ligne du dépistage**

Tous les médecins interrogés estimaient la **prévention et le dépistage prépondérants dans leur activité**, aussi bien en médecine adulte qu'en pédiatrie. Conscients de ne **pas être les seuls impliqués**, ils insistaient cependant sur leur **proximité avec les patients** par rapport aux autres professionnels de santé. Cette proximité expliquait leur **statut de premier acteur de la santé** et les plaçait ainsi **en première ligne du dépistage**.

En effet, par définition, la médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires et le généraliste représente habituellement le **premier contact avec le système de soins**. A ce titre, il **assure les soins courants et de prévention**, et a un rôle central dans l'orientation et le suivi des patients tout au long de leur parcours de soins (Wonca Europe, 2002).

➤ **Un rôle majeur dans la surveillance du développement de l'enfant**

Les médecins interviewés soulignaient par ailleurs leur **implication dans la prise en charge des enfants**.

En France, d'après le rapport Sommelet, si les enfants de 0 à 2 ans sont suivis pour moitié par des pédiatres, à partir de 2 ans, ils ne sont **que 20 % à consulter régulièrement un spécialiste** (dont 5 % sont suivis exclusivement par celui-ci), les 80 % restants étant soignés par des médecins généralistes. Parallèlement, les actions de prévention des médecins de PMI ne couvrent que 10 % des enfants de 0 à 6 ans (Sommelet, 2006). Ces chiffres montrent à quel point les généralistes ont un **rôle prépondérant dans le suivi pédiatrique**. Ce rôle devrait d'ailleurs s'accroître dans les prochaines années du fait du déclin démographique des pédiatres libéraux (ONDPS, 2009).

Dès lors, puisque les médecins généralistes sont amenés à suivre un grand nombre d'enfants, ils doivent **se préoccuper de leur bon développement**. Dans notre étude, les médecins se sentaient très concernés par les **différents dépistages à réaliser en pédiatrie**, avec une attention particulière pour la surveillance du calendrier vaccinal, de l'alimentation, l'exploration des troubles auditifs, visuels, psychomoteurs, et bien sûr, pour le développement du langage.

➤ **Un intérêt inégal pour le langage et les troubles du langage**

D'après M-F Le Heuzey, le développement de la communication et du langage **doit être une préoccupation « naturelle »** du médecin, au même titre que les autres domaines du développement (Le Heuzey, 2004). Les recommandations de l'HAS soulignent que : « le repérage et le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans doivent être **systématiques même en l'absence de plainte** » (HAS, 2001). Ce repérage passe, **au minimum, par une question posée aux parents** : « Que pensez-vous du langage de votre enfant ? ».

Dans notre étude, plusieurs participants avaient conscience de **l'importance du langage** dans la communication, les apprentissages et le niveau scolaire ; et trois des médecins, parents d'enfants dyslexiques ou dyspraxiques, se sentaient particulièrement concernés. Pour autant, le langage ne semblait **pas faire partie des éléments constamment surveillés** et **moins de la moitié des médecins posaient de façon systématique la question du langage**. Deux avouaient même ne jamais interroger les parents à ce sujet.

Ceci concorde avec les résultats retrouvés dans différentes thèses. En effet, dans une enquête de 2005 sur la faisabilité de l'ERTL4, seuls 12 % des médecins de l'échantillon se disaient systématiquement vigilants au langage des enfants (Legendre, 2005), tandis qu'une étude auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire menée en 2008 révélait que 33 % des médecins n'interrogeaient jamais les parents à ce sujet (Aubin, 2008).

Lors des entretiens, certains enquêtés ont toutefois insisté sur le fait que les généralistes **devaient s'intéresser plus** au développement du langage de l'enfant.

➤ **Un dépistage jugé difficile et complexe mais possible**

Tous les médecins interrogés avaient connaissance de **repères chronologiques simples** plus ou moins précis pour les aider à évaluer le langage des enfants. Ils étaient cependant **loin de se considérer comme des spécialistes du langage**, et certains praticiens jugeaient leurs **compétences comme étant relatives**, se trouvant **peu performants** dans ce domaine. L'exploration des troubles du langage leur paraissait donc **difficile et complexe**, plus que d'autres dépistages, tels que celui du diabète ou de l'hypertension artérielle.

Toutefois, pour une partie d'entre eux, **le dépistage des troubles du langage paraissait tout à fait faisable** en médecine générale, tout en précisant que pour cela, leurs connaissances mériteraient d'être améliorées.

➤ **Un rôle essentiel dans le dépistage des troubles du langage**

La majorité des médecins interviewés considérait que **repérer les troubles du langage faisait partie leurs attributions** et certains mettaient l'accent sur **l'impossibilité de déléguer** de façon systématique cette tâche à d'autres professionnels. Deux médecins insistaient cependant sur la **différence entre dépistage et diagnostic**, le diagnostic selon eux ne relevant pas de leur compétence, mais plutôt de celle d'autres professionnels tels que les orthophonistes.

Selon le « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » (Vallée et Dallotolas, 2005), une distinction doit en effet être faite entre repérage, dépistage et diagnostic.

Le **repérage** des difficultés d'apprentissage du langage oral puis écrit relève de la compétence des enseignants, du médecin de famille mais aussi des parents de l'enfant, qui doivent donc être informés sur les étapes de développement et les signes d'alerte des troubles du langage. Le **dépistage** établit et confirme l'existence de troubles persistants du langage. Il fait intervenir différentes compétences qui sont variables suivant les situations : du psychologue scolaire en collaboration avec le médecin scolaire à l'orthophoniste ou au médecin pédiatre ou généraliste formé à la **passation des tests**. Il s'agit d'une procédure de tri avant l'expertise diagnostique. Les enfants dépistés, afin d'établir un **diagnostic** précis de la nature des troubles et d'indiquer les modalités de prise en charge, sont ensuite adressés à différents **professionnels de santé spécialisés** dans ce domaine (orthophoniste, psychomotricien, neuropsychologue, neuropédiatre, pédiatre, pédopsychiatre) qui exercent en secteur libéral ou dans un centre de référence des troubles des apprentissages (dont la liste est disponible à l'adresse suivante : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/troubles_langage/recherche_centres.asp?type=modif).

Par ailleurs, certains généralistes avaient l'impression d'avoir un **rôle restreint à la prescription des bilans orthophoniques**, ce qui semblait entraîner une certaine frustration. Plusieurs études ont en effet montré que si le généraliste est le premier prescripteur de bilans orthophoniques, il en est rarement l'initiateur, **la demande émanant le plus souvent des instituteurs et des parents** (Quillet-Balutaud, 1999 ; Hamerel, 2002 ; Lacour-Toffolutti, 2005 ; Barraban-Queyrel, 2008). Les médecins peuvent donc se sentir désinvestis de leur rôle et avoir tendance à prescrire sans véritable conviction, un bilan demandé par une tierce personne. De plus, comme ils ne voient que ponctuellement les enfants, et souvent dans des situations peu favorables au dépistage (fièvre, douleurs...), on peut alors **se demander si le médecin généraliste est réellement l'acteur principal du dépistage des troubles du langage**.

➤ **Une place centrale par rapport aux autres acteurs impliqués dans le dépistage**

Dans notre enquête, les médecins avouaient **s'appuyer beaucoup sur l'école** pour les aider à repérer les difficultés de langage.

L'instituteur a en effet une place privilégiée car il a la possibilité d'observer les enfants toute la journée sur plusieurs mois et peut facilement comparer leurs productions à celles des enfants du même âge. Cependant, même si l'enseignant a un rôle primordial dans le repérage, **le médecin généraliste doit garder sa place dans la démarche de dépistage** (Roy *et al.*, 2000). Lui seul est en capacité de rassembler les éléments qui donnent sens à un repérage (antécédents personnels et familiaux, contexte socioculturel, examen clinique). C'est également lui qui peut prescrire les examens complémentaires nécessaires, orienter si besoin vers les spécialistes adaptés, et coordonner les interventions des différents intervenants.

De plus, même si **les médecins de PMI et les médecins scolaires ont en charge le dépistage des troubles du langage à 4 et 6 ans**, c'est tout de même aux généralistes qu'il revient de vérifier que ces dépistages ont été effectivement faits. Les médecins de PMI et les médecins scolaires sont en effectifs insuffisants, et il est possible qu'ils ne puissent pas toujours réaliser ces évaluations. Ainsi, du fait de charges croissantes, le bilan à l'âge de 3-4 ans, qui comprend l'examen du langage par l'ERTL4, **n'est réalisé en moyenne que dans 50 %** des écoles maternelles, avec de fortes variations selon les départements (Sommelet, 2006 ; P.M.I. de l'Yonne, 2012). Les médecins généralistes ne doivent donc pas faussement se rassurer devant un dépistage sensé être systématique et être capables de tester le langage d'un enfant si celui-ci n'a pas bénéficié de ce bilan.

Les médecins interrogés citaient également **l'orthophoniste comme partenaire privilégié pour confirmer et préciser** un trouble du langage.

Dans un travail de thèse de 2008, l'auteur relevait que devant la suspicion d'un trouble du langage oral, la prescription du bilan orthophonique intervenait automatiquement dans 86 % des cas et que moins d'un tiers des médecins procédaient à une évaluation du langage avant cette

prescription (Aubin, 2008). L'orientation vers ce spécialiste du langage ne devrait cependant **pas être systématique et mécanique**. La prescription du bilan orthophonique devrait intervenir secondairement, car tout trouble du langage implique de rechercher dans un premier temps son caractère primaire ou secondaire. De plus, les praticiens devraient être en mesure de **faire la part des choses entre ce qui révèle une véritable pathologie et ce qui n'est parfois qu'un simple retard** dans les acquisitions, ce d'autant que les délais pour obtenir un premier rendez-vous sont de plus en plus longs.

On voit donc que **malgré la présence de partenaires importants tels que les enseignants, les médecins de PMI/médecins scolaires et les orthophonistes, le médecin garde une place centrale** dans le dépistage des troubles du langage oral de l'enfant.

Les médecins interviewés étaient bien conscients de ce rôle essentiel, mais comme nous l'avons vu, l'intérêt pour le langage était cependant très inégal et fonction des participants. **Cette attention variable dépend bien évidemment de la motivation personnelle du médecin mais elle peut aussi être le résultat des différentes difficultés rencontrées lors du dépistage des troubles du langage**. Nous avons donc cherché, à travers notre recherche, à connaître ces difficultés.

2. Quels sont les obstacles au dépistage des troubles du langage oral qui ont été identifiés et quelles sont les solutions envisagées ?

Au terme de notre étude, plusieurs points ont été soulignés, en particulier :

- le **manque de formation** des médecins généralistes aux troubles du langage de l'enfant et à leur dépistage,
- la **méconnaissance des outils de dépistage** existants et le **manque d'outils adaptés** à leur pratique,
- la **problématique du temps**,
- la **difficulté à évaluer le langage des enfants en consultation**,
- la **sensibilisation inégale des parents**.

L'identification de ces différents obstacles a permis une réflexion sur les solutions à envisager.

➤ Optimiser la formation des médecins sur le langage de l'enfant

La majorité des médecins interviewés jugeait leurs **connaissances sur le sujet insuffisantes, voire quasi inexistantes**.

Le fait que les troubles du langage soient mal connus des généralistes n'est pas le propre de notre enquête et de nombreux autres travaux (Conrath, 2002 ; Quillet-Balutaud, 1999 ; Aubin, 2008 ; Barraban-Queyrel, 2008), ainsi que le rapport ministériel de Mr Ringard en 2000 l'ont bien mis en évidence (Ringard, 2000). Ainsi, dans son étude, J. Aubin rapportait que 71 % des médecins interrogés estimaient leurs connaissances sur le sujet insuffisantes et que seule la moitié d'entre eux était capable de mentionner, de façon correcte, les principales étapes de l'acquisition du langage.

Au cours des entretiens, les participants pointaient du doigt un **manque de formation dans leur cursus initial**.

Effectivement, l'ancien concours de l'internat, non obligatoire pour les médecins généralistes, ne comportait pas de question spécifique sur la prise en charge des troubles du langage. Avec la **réforme du second cycle des études médicales mise en place en 2000**, l'actuel Examen Classant National (ECN) prévoit désormais un module d'enseignement intitulé : « Maturation et vulnérabilité » dont un des objectifs terminaux est le « Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant et ses aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage. » (Module 3, objectif 32) (Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007-Ministère de l'Education Nationale). Ainsi, dans notre étude, aucun des trois médecins âgés de moins de 35 ans, tous de sexe féminin (E1, E8 et E11), ne signalait, lors des entretiens, un défaut de formation dans leur cursus universitaire.

Cependant, même si les jeunes médecins se sentaient plus à l'aise que leurs aînés dans la connaissance du développement normal du langage et de ses troubles, ils relativisaient leurs compétences et avouaient avoir, eux aussi, besoin d'informations complémentaires. Le thème des troubles du langage est abordé durant les études universitaires, mais il ne l'est qu'au sein du développement global de l'enfant, ce qui signifie que la durée prévue pour cet enseignement reste probablement encore insuffisante. **L'enseignement universitaire permet donc de donner des bases théoriques sur le sujet et de sensibiliser les futurs médecins à ce problème, mais il demanderait à être approfondi.**

La formation des médecins n'est toutefois pas qu'universitaire, elle est également individuelle, en fonction des intérêts de chacun, notamment par l'intermédiaire de la **FMC**.

Un des moyens de former les médecins installés qui n'ont pas bénéficié au cours de leurs études d'une formation dans ce domaine, ou qui jugent leurs connaissances insuffisantes, est **l'organisation de soirées de FMC ou de séminaires**. Ces formations, plus nombreuses chaque année, ont pour objectif de sensibiliser, de former à une démarche diagnostique, d'enseigner la guidance parentale, d'orienter l'enfant dans le système de soins, de prendre conscience de l'importance d'un travail en partenariat avec les autres professionnels de santé et de l'éducation, et d'accompagner les familles en difficulté (Charbonneau-Souchet, 2009). Une thèse de 2008 a

montré que 94 % des médecins étaient prêts à participer à une formation complémentaire sur ce thème si elle leur était proposée (Aubin, 2008), tendance que l'on retrouvait lors de nos entretiens. Il faut donc que les médecins soient d'avantage informés de l'organisation de ces soirées de FMC ou de ces séminaires.

Plusieurs médecins de notre étude étaient aussi demandeurs d'un **récapitulatif écrit succinct** pour les aider dans leur démarche. Ce type de document existe déjà. En effet, la Société Française de Pédiatrie (SFP), avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS), a élaboré en 2007 un **guide intitulé « Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant »** (SFP et DGS, 2007). Ce guide est constitué de données synthétiques, de conseils et de fiches pratiques. Un support DVD, reprenant les données validées par le groupe d'experts, des cas cliniques et des vidéos, a aussi été créé. Ce type de document demande donc à être plus largement diffusé et connu des médecins généralistes.

Avec un enseignement théorique minimal sur le sujet, et une possibilité d'approfondir leurs connaissances par l'intermédiaire de la FMC, les médecins devraient être en mesure de jouer un rôle décisif dans le repérage et la prise en charge des troubles du langage, non plus en tant que simples prescripteurs de bilans orthophoniques, mais en tant qu'acteurs et décideurs en collaboration avec les enseignants et les orthophonistes.

➤ **Informers les médecins généralistes sur les outils existants et développer des outils de dépistage simples et rapides**

Dans notre enquête, 11 médecins sur 17 avouaient **ne pas connaître d'outil de dépistage**. Cette méconnaissance n'est pas le seul fait de notre échantillon, puisque des thèses ont retrouvé des résultats similaires (Robert-Leroux, 2004 ; Aubin, 2008) et une étude portant sur la faisabilité des dépistages recommandés en médecine générale chez l'enfant de 2 à 6 ans (Guillemet *et al.*, 2010) a révélé qu'un bon nombre d'actes de dépistage, bien que considérés comme tout à fait réalisables, étaient assez peu exécutés du fait de la simple **méconnaissance des tests proposés**. Selon le rapport IGAS/IGEN de 2002 : « les médecins libéraux, généralistes et pédiatres, avouent être peu formés au choix des outils et à la passation des tests (...). Peu de médecins libéraux disent pratiquer à leur cabinet des tests cognitifs instrumentaux au-delà du dépistage d'une surdité. » (Rousseau-Giral *et al.*, 2002). Il est donc important **d'informer et de former les médecins à l'utilisation des tests de dépistage des troubles du langage déjà disponibles**.

Toutefois, il est à noter que l'ERTL4, épreuve de repérage de référence chez les enfants de 3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois, même si elle était citée par six des médecins interrogés, n'était, **en pratique, quasiment pas utilisée**.

Une enquête sur la faisabilité de ce test de dépistage (Legendre, 2005) a en effet révélé un manque de formation théorique et pratique des médecins, mais surtout un manque de temps pour sa réalisation et sa systématisation en consultation.

Les médecins de notre étude avaient donc **plutôt tendance à se fier à leur ressenti et à utiliser le carnet de santé** qui constitue le premier outil, facilement accessible, dont ils peuvent se servir pour évaluer le développement du langage chez l'enfant. Cette évaluation était cependant peu précise et les médecins étaient **demandeurs d'outils de dépistage simples et rapides d'utilisation**, qui puissent être facilement intégrés dans une consultation classique de pédiatrie.

➤ **Donner plus de temps aux médecins pour le dépistage des troubles du langage**

Le manque de connaissance et d'outils de dépistage n'étaient pas les seuls facteurs limitants évoqués lors de notre étude. Comme pour d'autres dépistages, tels que celui du cancer colo-rectal (Aubin-Auger *et al.*, 2008), le temps nécessaire pour mettre en place le repérage des troubles du langage n'est pas négligeable, et **peut requérir, selon les moyens utilisés, une consultation complète**. Le manque de temps était donc considéré comme un obstacle majeur.

Une des solutions proposées par les médecins interviewés était de **prévoir des consultations dédiées aux actes de dépistage** et notamment au dépistage des troubles du langage. Cependant, on peut **se demander si cela n'aggraverait pas le problème** de temps en rajoutant un nombre conséquent de consultations à des médecins dont la charge de travail est souvent déjà très importante.

L'idée de **rendre obligatoire des visites à trois et quatre ans** soulève des objections similaires, particulièrement dans un **contexte de démographie défavorable**. En effet, le nombre de place au concours de première année de médecine, ou *numerus clausus*, augmente régulièrement depuis plusieurs années, mais d'après les nouvelles projections de la DREES, le nombre de médecins devrait baisser de 10 % au cours des dix prochaines années, avant de retrouver son niveau actuel autour de 2030 (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009). A noter qu'en région Haute-Normandie, la densité médicale s'élève à 124 omnipraticiens pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne nationale qui est de 147 généralistes pour 100 000 habitants (Le Breton-Lerouillois et Romestaing, 2011).

Par ailleurs, un certain nombre de médecins a évoqué le **problème de la compliance aux consultations de prévention**. Pour eux, les parents ont tendance à ne consulter qu'en cas de pathologie aiguë, ce qui nous amène à penser qu'**une meilleure sensibilisation des parents serait nécessaire**.

➤ Sensibiliser les parents

Dans notre recherche, les médecins attribuaient une **place primordiale aux parents dans le développement du langage** de leur enfant.

En effet, l'acquisition du langage apparaît comme « l'un des lieux privilégiés d'exercice d'une fonction parentale qui vise la maturation cognitive de l'enfant » (Halimi et Khomsi, 1995) et il existe une interaction adulte-enfant qu'il convient de valoriser et d'optimiser.

Certains participants mettaient en avant la capacité des parents à rapporter ce que l'enfant est capable de dire ou de faire, et pour eux ils pouvaient **avoir un rôle dans le dépistage**.

Selon certains travaux, les parents **devraient participer au dépistage des troubles du langage de leur enfant** (Maas, 2000 ; Callu *et al.*, 2003). Il a même été prouvé que leur avis, concernant le caractère expressif du langage (caractère correct ou pas de la parole, capacité à faire des phrases), pouvait, au même titre que d'autres outils de dépistage déjà proposés, contribuer au dépistage des retards de parole et d'expression du langage chez l'enfant entre quatre et six ans (Callu *et al.*, 2003).

Les généralistes signalaient cependant un **manque de sensibilisation de certains parents** sur le langage et ses troubles.

Le **nouveau modèle de carnet de santé**, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2006 (DGS, 2006), intègre, au fil des pages, des repères sur le développement de l'enfant en fonction de l'âge. Ces repères doivent inciter les parents à poser des questions au médecin en cas d'anomalie. Un message de prévention concernant le développement du langage a aussi été inséré à la fin du carnet de santé.

Dans une même optique, des orthophonistes ont réalisé il y a plusieurs années **un livret d'information appelé « Objectif langage »**, destiné à sensibiliser les parents de jeunes enfants aux étapes de développement du langage (Syndicat Départemental des Orthophonistes de Meurthe et Moselle, 1990). Ce fascicule, remis à la maternité avec le carnet de santé, a été décliné en de nombreuses versions. Il délivre des conseils d'éducation, des points de repère sur les étapes du langage et une incitation à la prévention et au dépistage des troubles de la communication. En cas d'inquiétudes sur le développement du langage de leur enfant, les parents sont conviés à consulter le médecin généraliste, le pédiatre, ou le médecin de la PMI qui suit l'enfant, afin de les orienter si besoin vers un orthophoniste. Cette plaquette a donné lieu à la réalisation d'une affiche sur le développement du langage (**Annexe 7**). Une multitude d'autres brochures qui reprennent ces éléments existent : « Parents, votre enfant apprend à parler » (Denni-Krichel, 2009), « Parle-moi ! Comment communiquer avec votre enfant de 0 à 3 ans. » (Barbier, 2006), etc. La diffusion de ce type de document est à poursuivre très largement.

➤ **Inciter les médecins par une rémunération ou une aide financière au dépistage**

Certains médecins de notre étude mettaient l'accent sur la **nécessité de mieux rémunérer les actions de prévention et de dépistage**.

En effet, comme le précise le rapport IGAS/IGEN : « la passation par le médecin d'un bilan de langage est cotée en médecine libérale sur la base d'une consultation ordinaire, ce qui n'est guère intéressant financièrement compte tenu du temps nécessaire à cet acte. » (Rousseau-Giral *et al.*, 2002). Cela est d'autant plus vrai que certains outils, tels que l'ERTL4 ou le DPL3, sont payants.

➤ **Envisager un transfert des compétences ?**

Dans l'étude de Guillemet *et al.* de 2010, le transfert de compétence était une des réponses proposées pour résoudre la problématique des dépistages pédiatriques en médecine générale (Guillemet *et al.*, 2010). Cependant, en dehors des évaluations réalisées en maternelle et en primaire par les médecins de PMI et les médecins scolaires, **le dépistage des troubles du langage par d'autres professionnels n'était envisagé que par deux médecins**. Les généralistes interrogés, malgré les difficultés exposées, manifestaient tous un intérêt certain pour leur rôle de prévention, tâche qui leur semblait inhérente au métier de médecin de famille.

L'identification des obstacles au dépistage des troubles du langage a permis d'envisager différentes solutions aux problèmes posés. Une solution plus réaliste pour aider les médecins dans ce dépistage se trouve peut-être dans **l'utilisation de questionnaires parentaux**, qui, parce qu'ils sont remplis par les parents, pourraient libérer du temps de consultation pour le médecin, tout en réglant le problème de la nécessaire coopération de l'enfant. Ils pourraient aussi permettre d'impliquer d'avantage les parents dans la démarche de dépistage.

Nous avons donc voulu savoir si les IFDC étaient utilisables en médecine générale.

3. Les IFDC sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne ?

Pour répondre à cette question, il était nécessaire, dans le cadre de l'activité de chaque médecin, d'avoir expérimenté au moins une fois l'utilisation d'un questionnaire IFDC. Chaque participant devait donc recruter au minimum un enfant de 12, 18 ou 24 mois dont les parents accepteraient de compléter le questionnaire et d'avoir un échange sur les résultats de l'évaluation.

➤ **Des difficultés à faire expérimenter un nouvel outil**

Deux mois après la présentation des IFDC à chacun des médecins volontaires, aucun n'avait utilisé les questionnaires. De nombreuses relances ont été nécessaires, d'autres participants ont été recrutés, et au final, 14 médecins ont effectivement réussi à expérimenter les IFDC.

Cette difficulté à faire mettre en pratique une évaluation, notamment dans le domaine du langage de l'enfant, n'est pas propre à notre étude. Dans une thèse de 2004 menée dans le département Loire-Atlantique, l'exploration d'un nouvel outil de dépistage des troubles du langage à 4 ans n'avait pu aboutir, faute de réponse de la part des 90 médecins sollicités pour l'expérimenter (Robert-Leroux, 2004). De même, dans une autre thèse de 2005 sur la faisabilité de l'ERTL4, l'auteur n'avait réussi à faire réaliser la passation du test qu'à 20 médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur les 25 initialement volontaires (Legendre, 2005).

Ces exemples montrent à quel point il est **difficile d'introduire un nouvel outil dans la pratique quotidienne des médecins**. Le **temps est le principal obstacle**, les médecins sont débordés et trop sollicités, notamment en période hivernale. De plus, acquérir un nouvel outil est vécu comme une **tâche supplémentaire qui demande une grande motivation**.

L'expérience des 14 médecins de notre étude nous a toutefois permis de tirer certaines conclusions.

➤ **Des médecins favorables à un repérage précoce**

Les recommandations actuelles en matière de dépistage ne préconisent pas l'exploration du langage avant l'âge de 3 ans. L'évaluation des performances des très jeunes enfants, en perception et en compréhension, est pourtant reconnue comme un facteur prédictif important pour leur devenir (Le Normand, 2001). Néanmoins, nous pouvons remarquer un **intérêt croissant pour le développement du langage**. En témoigne la nouvelle version du carnet de santé dans laquelle figure une vingtaine d'items relatifs au développement du langage de l'enfant de 0 à 3 ans, ce qui est plus que dans l'ancienne version. De même, le guide pratique « Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant » (SFP et DGS, 2007), mentionne l'existence de deux outils utilisables avant l'âge de 3 ans, donc non recommandés par la commission d'experts, parmi lesquels figurent les IFDC.

Dans ce contexte, nous avons trouvé opportun de demander aux médecins leur avis sur le repérage précoce des difficultés de langage.

Même si **la majorité des médecins interrogés avait conscience de l'intérêt d'identifier le plus tôt possible** les enfants présentant un retard de langage, deux participants émettaient toutefois un **doute sur le bien fondé de ce repérage précoce**.

Cette question complexe divise les chercheurs en linguistique : pour certains, c'est seulement lorsque le langage est suffisamment développé qu'il est possible de dépister les dysfonctionnements, alors que pour d'autres, il faut se situer en amont, et étudier les troubles précoces qui, pour eux, sont prédictifs de défaillances ultérieures (Le Normand, 2001).

A l'étranger, une revue systématique de la littérature de grande ampleur a été publiée à ce sujet en 2006 par l'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), un groupe de travail nommé par le ministère de la santé des Etats-Unis et composé de médecins de soins primaires et d'épidémiologistes (Nelson *et al.*, 2006). L'étude, après analyse de 745 articles publiés de 1996 à 2004, a conclu qu'il n'existait pas, à l'époque, d'arguments suffisants pour instaurer un dépistage précoce systématique des troubles du langage du jeune enfant. Néanmoins, cette même revue indiquait qu'il aurait été intéressant de tenir compte des questionnaires parentaux dans le dépistage, car sur les 6 tests qui avaient été sélectionnés, un seul était basé sur un questionnaire parental, le Language Development Survey (LSD).

Dans le prolongement de cette étude, C. Saltzmann-Burdet a entrepris une revue de la littérature sur la pertinence du dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de moins de 3 ans en soins primaires (Saltzmann-Burdet, 2008). En analysant 10 articles relatifs aux tests de dépistage précoce publiés dans différents pays entre 2004 et 2008, l'auteur a pu démontrer que le questionnaire parental CDI (Communicative Development Inventories-Words and Sentences) de Mac-Arthur-Bates, dont sont issus les IFDC, apparaissait comme un test de dépistage précoce et fiable, tout en précisant que la valeur prédictive de ce type de test demandait à être précisée par des études longitudinales à plus long terme.

Au-delà de la pertinence d'un dépistage précoce, **se posait la question de la prise en charge d'un trouble ou d'un retard de langage repéré avant l'âge de 3 ans**. Pour les médecins, l'objectif d'un repérage dans les premières années de l'enfant était en effet de mettre en place le plus tôt possible une prise en charge adaptée afin d'améliorer son devenir. Encore fallait-il définir la conduite à adopter.

Les études portant sur les interventions précoces distinguent généralement **deux types d'approche : le traitement orthophonique, centré sur l'enfant et pratiqué par un professionnel, et l'approche impliquant les parents**.

Plusieurs médecins de notre recherche mettaient en avant l'impossibilité d'adresser tous les enfants repérés aux orthophonistes, d'une part parce que ceux-ci ont déjà des plannings surchargés et que les délais sont déjà très longs pour obtenir les rendez-vous, et d'autre part parce qu'ils n'étaient pas persuadés des bénéfices d'une rééducation entreprise trop tôt.

Ces remarques vont dans le sens de plusieurs études. D'après Law *et al.*, la rééducation est surtout efficace pour les enfants ayant des difficultés de production au niveau du vocabulaire et de la phonologie ; l'efficacité est moins marquée pour les difficultés de production au niveau de la syntaxe et n'est pas prouvée pour les difficultés de compréhension (Law *et al.*, 2004). D'autres auteurs émettent même des réserves sur l'efficacité réelle des interventions au regard du jeune âge des enfants (entre 2 et 3 ans), car **certains auraient « naturellement » rattrapé**

leur retard sans rééducation (Johnston, 2005). De plus, la plupart des études, bien que très hétérogènes, montrent que **les interventions parentales s'avèrent aussi efficaces, voire davantage** selon certains auteurs (Gibbard *et al.*, 2004), que les interventions réalisées directement par des orthophonistes. Cette constatation provient certainement du fait qu'à cette période, il s'agit surtout d'insister sur le vocabulaire et pas encore sur la syntaxe. Il apparaît donc utile de former les parents sur les procédés qui permettent d'encourager la communication et de stimuler le langage des enfants en bas âge. Dans cette optique, **quelques conseils élémentaires de guidance parentale peuvent être facilement délivrés par les médecins généralistes et les pédiatres**. Le **Tableau XVII** reprend, à ce titre, les éléments simples de communication proposés par le Dr Charollais pour aider les parents et les enfants (Charollais, 2005).

Après avoir exploré le point de vue des médecins sur l'opportunité d'un dépistage précoce des troubles du langage, nous nous sommes attachés plus particulièrement à leur ressenti concernant leur utilisation des IFDC.

➤ **Un premier avis mitigé mais un accueil favorable**

Un seul des médecins de notre étude connaissait les IFDC avant cette intervention. Il nous est donc paru intéressant de savoir quelles avaient été les premières impressions des participants lors de la découverte des questionnaires parentaux.

Ce premier avis était très partagé, beaucoup de médecins ayant eu l'impression que les IFDC étaient, du fait de la présence de nombreux items dans les questionnaires, **longs et compliqués**. De plus, pour une partie des généralistes, **la notion de questionnaire « parental » n'était pas explicite** et certains ont pensé qu'il fallait utiliser les évaluations pendant la consultation. Pour d'autres, qui connaissaient notamment l'ERTL4, les IFDC sont apparus comme un **test supplémentaire** sur le langage, sans savoir si celui-ci allait apporter un bénéfice. Enfin, **certain participants pointaient du doigt un possible manque d'objectivité de certains parents et doutaient de l'intérêt de ce type d'évaluation**.

En France, peu d'outils utilisent l'information apportée par les parents pour le dépistage, alors qu'aux Etats-Unis, des questionnaires parentaux sont déjà utilisés pour repérer les retards de développement ou les troubles du comportement. Les rapports parentaux, tout comme les autres moyens d'évaluation, présentent cependant des avantages mais aussi des inconvénients (Trudeau *et al.*, 2008) (**Tableau XVIII**). Certains parents peuvent en effet oublier des données ou au contraire améliorer les performances de leur enfant (Stiles, 1994). Ils peuvent aussi avoir des difficultés à saisir les consignes qui accompagnent les questions ou à comprendre les questions proprement dites (Dale, 1991). Toutefois, selon de nombreuses études, **les parents sont capables de fournir des indications importantes et valides** à propos du développement

Tableau XVII. Guidance parentale : éléments de communication simples pouvant aider les parents et les enfants (Charollais, 2005).

Imitation et tour de rôle : dès les premières productions spontanées «Aheu..., mamama...», «Aheu... tu as dit aheu, mais oui, qu'est-ce que tu me dis d'autre...», «Mamamama, oui c'est maman».

Parler en face, à la bonne hauteur, et plus il est jeune, plus le soutien visuel (échange de regard joint) est important.

Prononcer normalement en employant une structure de phrase normale («Miam! C'est bon le chocolat») pour les plus petits et non un parler «bébé» («Bébé veut cola»).

Décoder et interpréter : en vous servant du contexte et en émettant des hypothèses avec une intonation interrogative (l'enfant: «To» ; les parents : «Tu veux un gâteau?»). La confiance de l'enfant grandira en constatant que sa parole a un effet sur les autres.

Utiliser des mots précis et non des termes généraux «pose le camion sur la table» plutôt que «pose le truc là».

Ne pas le faire répéter : reprendre le mot ou la structure en insistant sur ce qui est mal prononcé et répéter dans des situations différentes (l'enfant : «To» ; l'adulte : «Tu veux du gâteau ? Ah ! Si tu veux du gâteau, tiens je te donne du gâteau»). Il vaut mieux avoir plus de mots mal prononcés qui expriment une idée qu'un seul mot parfait.

Reformuler en enrichissant : «Ture papa» ; «Oui, c'est la voiture rouge de papa ».

Ne pas le forcer à parler surtout devant des personnes étrangères, quand il est fatigué, quand il est énervé.

Ne pas le punir ou le ridiculiser pour des difficultés de langage.

Eviter les «Non, c'est pas comme ça», «Parle comme il faut», « Mais enfin quand est-ce que tu le diras bien?».

Favoriser les contacts avec des enfants et des adultes n'appartenant pas à son milieu quotidien pour qu'il fasse des efforts pour se faire comprendre.

Eviter de comparer avec d'autres enfants.

Ne le faites pas parler moins vite ou respirer avant de parler : si l'on prend le temps de l'écouter, il parlera de façon plus détendue.

Favoriser les questions ouvertes plutôt que fermées et limitatives (enfant : «Toto cassée» ; parent : «Pourquoi tu pleures?» plutôt que «Ton auto est cassée et tu pleures?» ou parents: «Qu'est-ce que tu as fais?» plutôt que «Tu as fais un dessin?».)

Elaborer et enrichir son langage : enfant: «C'est pareil» ; parents: « Oui, la balle et la lune sont toutes les deux rondes et jaunes, c'est presque pareil».

Ne pas lui couper la parole, le laisser finir et reformuler après.

Ne pas oublier de répondre aux éternelles questions «pourquoi?», «qu'est ce que c'est?» même si elles sont extrêmement répétitives, car l'enfant s'imprègne ainsi de la forme du langage (vocabulaire et syntaxe) et comprend petit à petit le fond de la réponse en fonction de son développement.

Tableau XVIII. Principaux avantages et inconvénients des différents moyens d'évaluation du langage.

	Avantages	Inconvénients
Tests formels	Données normalisées et validées	Coopération de l'enfant nécessaire, fatigue possible Difficiles à réaliser chez le jeune enfant Validité écologique faible Temps +
Echantillons de langage spontané	Données écologiques	Observation dépendant du contexte Coopération de l'enfant nécessaire Temps +++
Rapports parentaux	Validité et fidélité des résultats Cadre écologique Pas de coopération nécessaire ni de fatigue de la part de l'enfant Temps - Intégration des parents à la démarche d'évaluation	Oublis ou biais favorables possibles Difficultés de compréhension des consignes possibles Interprétation prudente

de leur enfant et, contrairement aux idées reçues, la fiabilité des informations n'est pas corrélée de façon significative au milieu socio-économique ou au niveau d'éducation de la mère (Feldman *et al.*, 2005 ; Sachse et Von Suchodoletz, 2008). Une étude de 2006 sur ce sujet a même révélé que les questionnaires parentaux s'intégraient bien dans une activité de routine et que l'avis du professionnel de santé n'avait pas d'influence notable sur l'amélioration de la précision du questionnaire (Rydz *et al.*, 2006).

Il existe donc un *a priori* sur ce type d'évaluation basée sur l'information parentale, et on peut donc se demander à quel point **ces impressions, quelque peu négatives, ont pu limiter l'expérimentation des IFDC** dans notre recherche.

Cependant, **après avoir testé les questionnaires chez quelques enfants, les médecins ont tous rapporté une expérience positive**. La **facilité d'utilisation et l'exploitation rapide** étaient les deux qualités principalement mises en avant. Ils ont apprécié que les IFDC soient des questionnaires parentaux et leur forme actuelle, rapide à compléter de par son système de croix à cocher, leur semblait appropriée.

Au total, l'ensemble des participants était satisfait de cet outil qui leur paraissait intéressant pour leur pratique.

➤ **Une réaction positive des parents**

Les médecins ont signalé par ailleurs une réaction très positive des parents qui se sont montrés à la fois **intéressés et satisfaits** de l'intérêt porté au langage de leur enfant. Les évaluations leur ont paru simples et rapides à remplir. Les IFDC n'ont donc **pas semblé leur poser de difficulté** spécifique et n'ont pas généré, dans l'ensemble, d'anxiété particulière. Certains parents, qui ont complété les évaluations de 12 ou 18 mois, ont même **demandé à leur médecin de poursuivre l'évaluation** avec les questionnaires IFDC suivant à 18 et 24 mois.

➤ **Quelques difficultés tout à fait surmontables**

Quelques difficultés ont tout de même été rapportées par les médecins. Celles-ci concernaient en premier lieu la **feuille d'évaluation**, qui, chez un médecin sur deux, n'a pas été utilisée pour rendre un résultat chiffré aux parents. La manipulation de la grille en elle-même n'a pas posé de problème particulier mais certains médecins ont simplement oublié son existence. Par ailleurs, les participants ont parfois eu **du mal à penser** aux IFDC et ont évoqué une fois de plus la **problématique du temps**, surtout liée ici aux explications nécessaires pour informer les parents avant de leur donner les questionnaires.

Sensibiliser les parents au problème des troubles du langage et **recupérer les évaluations** n'était pas toujours chose facile pour les médecins et pour certains, les questionnaires pouvaient

mettre en difficultés les parents issus des milieux les moins favorisés ou ne maîtrisant pas la langue française.

Enfin, ils évoquaient, du fait de leur méconnaissance sur la conduite à tenir, des difficultés possibles **en cas de « signes d’alerte » repérés par les IFDC.**

Ces difficultés avaient été anticipées par les médecins n’ayant pas expérimenté les IFDC. En effet, leurs réticences rejoignent les difficultés éprouvées par ceux qui avaient effectivement utilisé les questionnaires et ils citaient le facteur temps, la difficulté à y penser, l’effort nécessaire et la mise en difficulté possible des parents, pour expliquer le fait qu’ils n’avaient pas mis en pratique les IFDC.

De nombreuses solutions ont été abordées avec les médecins pour pallier ces préoccupations.

L’**utilisation régulière** de cet outil, ainsi que la participation à une **formation**, permettraient aux praticiens d’être plus à l’aise. Cette formation pratique pourrait présenter les questionnaires IFDC et l’utilisation de la feuille d’évaluation, ainsi que la conduite à tenir en cas de résultat inférieur à la norme. Les IFDC pourraient être **remplis en dehors des consultations**, pour prendre le moins de temps possible, ou être **utilisés en consultation**, notamment en cas de difficultés éprouvées par les parents. Pour faciliter l’organisation du dépistage, des médecins ont proposé que les questionnaires soient **intégrés directement dans le carnet de santé ou agrafés** aux pages correspondantes. Aussi, **l’intervention des pouvoirs publics**, par le biais de campagnes d’information sur les IFDC et le langage, serait profitable et de **nouvelles recommandations** permettraient de donner plus de poids à l’action de prévention et de dépistage des médecins chez le jeune enfant.

De plus, une meilleure **information des parents** permettrait de les impliquer d’avantage dans le dépistage et augmenterait peut être le taux de questionnaires remplis.

Enfin, un des médecins souhaiterait que soit **développée une version courte des IFDC à 30 mois** afin de réduire le délai entre l’évaluation de 24 mois et les tests suivants, c’est-à-dire le DPL3 à 3 ans et l’ERTL4 à 4 ans. Une adaptation à cet âge serait d’autant plus intéressante que ce test atteint une bonne fiabilité à l’âge de 30 mois sur les versions longues (spécificité excellente dès l’âge de 18 mois et sensibilité augmentant avec l’âge pour atteindre 81 % à 30 mois) (Heilmann *et al.*, 2005).

➤ **Une utilisation possible en pratique quotidienne**

Pour les médecins, les IFDC apparaissent utiles pour **évaluer de façon objective le langage** en dehors du cabinet médical. Ils permettent **d’instaurer un suivi** de l’évolution du langage de l’enfant au cours du temps et peuvent **attirer l’attention du médecin ou conforter son impression** en cas de résultats inférieurs à la norme. Par ailleurs, ils permettent de repérer des difficultés de langage à une période où le médecin voit très souvent les enfants.

Ils représentent également un bon **moyen d’aborder le sujet du langage avec les parents**, de **les alerter si des difficultés sont repérées ou, au contraire, de les rassurer** si le résultat au questionnaire est satisfaisant. Les IFDC, dans ce cadre, peuvent leur permettre d’avoir quelques **repères sur les capacités de leur enfant** en fonction de son âge, et ont l’avantage de **les intégrer à la démarche de dépistage** et donc de **les impliquer dès le départ dans le processus de réadaptation** de leur enfant.

Les IFDC, **questionnaires parentaux faciles et rapides à interpréter**, semblent **donc utilisables en pratique quotidienne** par les médecins généralistes.

Cependant, la **question de leur utilisation dans un dépistage de masse ou dans un dépistage ciblé** reste posée, les médecins de notre étude avouant ne pas pouvoir proposer les IFDC à tous les enfants de 12, 18 ou 24 mois de leur patientèle dans les conditions actuelles.

De plus, il reste à **convaincre certains médecins de l’utilité d’un tel dépistage**, qui, à l’heure actuelle, se situe encore en dehors des recommandations officielles.

La **conduite à tenir** si des signes d’alerte sont mis en évidence par les IFDC demande, elle aussi, à être précisée.

III. Perspectives

1. Schémas hypothétiques

Grâce à l’analyse des différents entretiens, un certain nombre de difficultés dans le dépistage des troubles du langage oral de l’enfant a pu être mis en évidence. Un schéma récapitulatif a donc été élaboré pour tenter de résumer les principaux obstacles rencontrés et les relations entre les différents acteurs du dépistage (**Figure 8**).

Dans un deuxième temps, notre étude s’est intéressée à l’utilisation des IFDC par les médecins généralistes. Elle a montré que les IFDC étaient utilisables en pratique quotidienne en médecine générale, mais que les médecins ne connaissaient pas toujours la démarche à adopter en cas de « signes d’alerte ». Pour répondre à cette problématique, nous proposons un modèle de conduite à tenir (**Figure 9**).

Figure 8. Principaux obstacles au dépistage des troubles du langage et relations entre les différents participants.

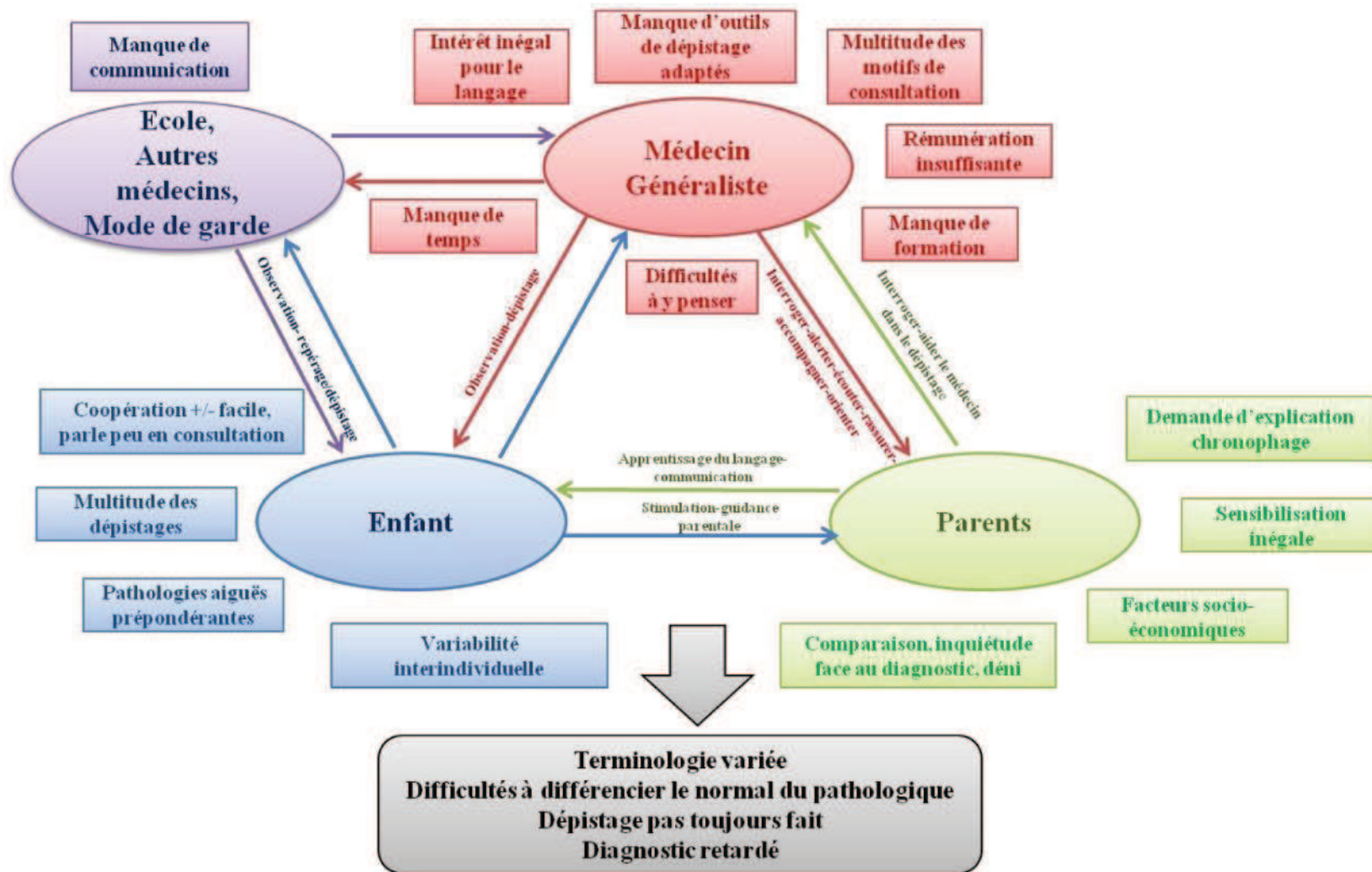
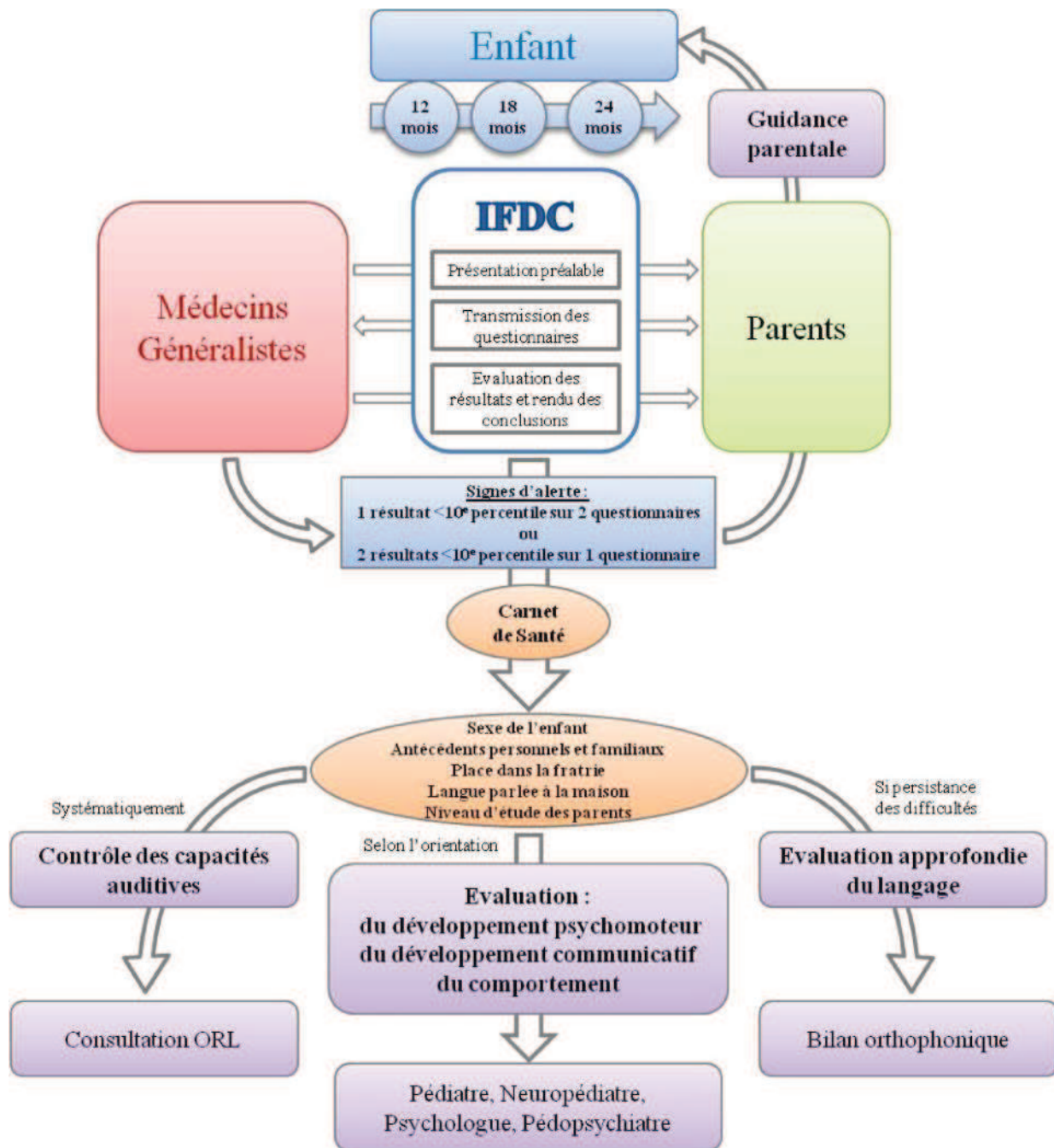


Figure 9. Proposition de conduite à tenir en cas de « signe d’alerte » repéré par les IFDC.



2. Pistes de recherche

Des axes de travaux complémentaires ont été identifiés tout au long de cette enquête et pourraient permettre d'approfondir l'expérimentation des IFDC en médecine générale.

Un **deuxième entretien** auprès des médecins de notre enquête permettrait de savoir si ceux qui n'avaient pas utilisé les IFDC la première fois ont modifié leur pratique après l'interview et ont expérimenté les questionnaires, et d'autre part, si ceux qui les avaient testés ont continué à les utiliser.

Par ailleurs, une **étude qualitative auprès des parents** pourrait s'intéresser à leur ressenti et aux difficultés rencontrées lors de l'utilisation des IFDC afin d'améliorer leur présentation et d'augmenter le taux de réponse.

Enfin, une **étude à plus grande échelle, de type quantitative**, permettrait d'avoir une vision plus large sur l'expérimentation des IFDC par les médecins. La construction du questionnaire pourrait alors s'appuyer sur les résultats de cette enquête.

3. Actions possibles

Tous les médecins interviewés ont dit souhaiter recevoir les résultats de l'étude. Il est donc prévu de leur adresser très prochainement un **document récapitulatif sur les conclusions de notre recherche**. Nous pourrions aussi, afin de les aider dans leurs actions de dépistage et de prise en charge des enfants atteints de troubles du langage oral, leur envoyer les **fiches pratiques** que nous avons utilisées lors de ce travail.

De plus, un des médecins a demandé s'il serait possible que le sujet de cette thèse soit présenté lors d'une **soirée organisée au sein de son association de FMC**. Cette soirée serait l'occasion de rappeler aux participants les repères à avoir en matière de développement du langage chez l'enfant, d'évoquer les principaux troubles du langage, de retracer la démarche à suivre en cas de suspicion de trouble du langage, et de présenter les questionnaires IFDC.

Cette volonté de se former montre une fois encore l'intérêt croissant pour le langage de l'enfant et l'envie des médecins de perfectionner leurs connaissances sur un sujet qui leur paraît important.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail de thèse était de savoir si les questionnaires parentaux IFDC seraient utilisables en pratique quotidienne en médecine générale pour dépister les troubles du langage chez l'enfant de moins de 3 ans. Une enquête qualitative auprès de 17 médecins généralistes de Haute-Normandie, volontaires pour expérimenter cet outil, nous a permis de répondre à cette question.

Les différents entretiens ont tout d'abord confirmé le rôle essentiel du médecin généraliste dans le dépistage des troubles du langage oral de l'enfant.

Premier contact avec le système de soin et très impliqué dans le suivi pédiatrique, il est en première ligne, avec les pédiatres, pour dépister les difficultés persistantes dans différents domaines, et en particulier dans celui du développement du langage. Avec l'aide des instituteurs, des médecins de PMI, des médecins scolaires, et évidemment des parents, le généraliste doit être capable de repérer les enfants à risque. Il ne doit pas se considérer comme simple prescripteur de bilans orthophoniques et doit pouvoir évaluer un minimum le développement du langage afin d'orienter correctement l'enfant vers les professionnels adaptés. Pour autant, nous avons pu constater dans notre étude que le langage ne faisait pas partie des éléments constamment surveillés.

Cette attention variable pour le langage dépend bien sûr de la motivation de chaque médecin, mais elle est également liée aux difficultés rencontrées lors du dépistage des troubles du langage.

Le premier obstacle identifié dans notre recherche était le manque de connaissances des médecins sur le sujet. Tous les médecins interrogés avaient en effet quelques repères concernant l'acquisition normale du langage oral, mais ils avouaient surtout se fier à leur ressenti et déploraient un manque de précision dans leur manière d'évaluer le langage. Peu d'entre eux connaissaient les outils existants pour les aider à dépister les troubles du langage et ceux qui les citaient, en réalité, ne les utilisaient pas, jugeant ces tests trop longs ou trop complexes, et donc, inadaptés à leur pratique. De plus, les médecins confiaient manquer de temps. Ils se disaient surchargés de travail, obligés de répondre à différents problèmes lors d'une même consultation et de prendre en charge en priorité la pathologie aiguë, au détriment du travail de prévention. Pour eux, faire parler les enfants en consultation n'était pas toujours évident, et les parents ne leur semblaient pas forcément sensibilisés à la problématique du développement du langage de l'enfant.

Pour remédier à ces difficultés, différentes solutions étaient envisagées. Les participants souhaitaient notamment une amélioration de leurs connaissances, l'élaboration d'outils de dépistage simples et rapides d'utilisation, et disposer de plus de temps pour se consacrer à ce dépistage. Dans ce contexte, l'utilisation de questionnaires parentaux pouvait représenter une solution acceptable pour aider les médecins à dépister les troubles du langage de l'enfant.

L'expérimentation des IFDC par 14 médecins généralistes, nous a permis de mettre en évidence que ces questionnaires parentaux, malgré les *a priori* initiaux, pouvaient constituer des outils préliminaires, pratiques et fiables, pour dépister précocement un éventuel retard de communication. Faciles à remplir pour les parents et rapides à interpréter pour les médecins, leur utilisation prend peu de temps et les quelques difficultés relevées, concernant notamment l'utilisation de la grille d'évaluation ou le retour des questionnaires, pourraient être aisément résolues par une formation des médecins et une information des parents.

Accueillis favorablement, à la fois par les parents et par les généralistes, les IFDC semblent donc utilisables en pratique quotidienne en médecine générale. Ils peuvent permettre d'évaluer le langage de façon objective et en dehors du cabinet médical, d'instaurer un suivi au cours du temps, et d'attirer l'attention du médecin ou de conforter son ressenti. Ils ont aussi l'avantage d'intégrer les parents à la démarche de dépistage et donc de les impliquer dès le départ dans le processus de réadaptation de leur enfant. En outre, repérer plus tôt les enfants pourrait permettre aux médecins de rechercher précocement une cause secondaire (réalisation notamment d'un bilan ORL), d'instaurer une guidance parentale, de faire prendre conscience plus progressivement aux parents de l'éventualité d'un trouble, et de prévoir dès 3 ans un bilan orthophonique si nécessaire.

Toutefois, les médecins de notre étude mettaient l'accent sur la nécessité d'expérimenter davantage les IFDC pour se prononcer sur leur utilisation et nos conclusions demandent à être confirmées par une étude à plus grande échelle.

De plus, la question de leur emploi dans le cadre d'un dépistage de masse reste posée. Les médecins interrogés avouaient ne pas pouvoir, dans les conditions actuelles, proposer les IFDC à tous les enfants de 12, 18 ou 24 mois qu'ils voyaient en consultation et envisageaient plutôt une utilisation ciblée, par exemple si des parents, ou eux même, étaient inquiets, ou si des facteurs de risques étaient identifiés.

Par ailleurs, les médecins exprimaient le besoin d'avoir une conduite à tenir claire et précise en cas de difficultés repérées précocement par ces questionnaires. Nous proposons dans ce travail un modèle de prise en charge où la guidance parentale a une place primordiale mais en France, ce mode de rééducation est peu développé et il serait nécessaire de former les médecins pour qu'ils puissent donner aux parents les bons conseils.

Enfin, certains participants n'étaient pas convaincus de l'utilité d'un tel dépistage, qui, à l'heure actuelle, se situe encore en dehors des recommandations officielles. Une réactualisation des recommandations, incluant le repérage des premières difficultés dans le développement du langage, serait intéressante et donnerait plus de poids à l'utilisation de ces questionnaires. L'intégration des IFDC dans le carnet de santé, proposée par certains participants, pourrait alors s'avérer judicieuse. De même, la création d'un logiciel informatique pour calculer directement le score de l'enfant et faciliter la tâche du médecin serait la bienvenue si ce dépistage était amené à être généralisé.

GLOSSAIRE

Agnosie : trouble neurologique de la reconnaissance des objets, des personnes, des lieux, des sensations, consécutif à une lésion corticale, sans déficit des organes sensoriels ni trouble de l'intelligence. Il existe plusieurs types d'agnosie selon l'organe des sens concerné.

Agrammatisme : défaut de construction grammaticale des phrases (diminution ou disparition des mots de liaison, utilisation incorrecte des accords et des temps) aboutissant à un style télégraphique.

Agraphie : incapacité à écrire en raison d'une atteinte des centres nerveux de l'écriture. C'est une forme d'apraxie.

Alexie : perte ou diminution acquise de la capacité à lire ou à comprendre le langage écrit.

Anomie : perte de la mémoire des mots.

Aphasie : perturbation du code linguistique affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit. Ce trouble est lié à une atteinte cérébrale, généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche.

Apraxie : trouble neurologique affectant la motilité volontaire, et qui n'est pas dû à une atteinte motrice ou sensitive, ni à un déficit intellectuel antérieur.

Articulation : ensemble des mouvements des organes articulateurs (essentiellement le voile du palais, le pharynx, la langue et les lèvres) qui agissent sur la forme des organes résonateurs (cavité du pharynx, fosses nasales, cavité buccale et espace inter labial) afin que le souffle soit modifié et que soient réalisés les différents sons de la langue (phonèmes).

Attention conjointe : attention partagée par la mère et son bébé qui regardent ensemble la même chose au même moment.

Babillage canonique : première forme de babillage, entre 7 et 10 mois, caractérisée par la production répétée de syllabes simples de type consonne / voyelle ("ba ba ba").

Conduit vocal (ou tractus vocal) : ensemble des cavités par où passe l'air des poumons émis au niveau de la glotte et du larynx (pharynx, cavités orale et nasale). Le conduit vocal comprend d'autres « articulateurs » qui modifient la forme des espaces où arrivent les vibrations de l'air : la mâchoire, les lèvres, la langue.

Consonne : phonème produit avec blocage partiel du tractus vocal. On classe les consonnes selon leur point d'articulation (labiales, dentaires, vélares, ...) et leur mode d'articulation (fricatives, occlusives, ...).

Dissociation automatico-volontaire : préservation relative de conduites gestuelles automatiques ou de formules automatiques du langage (formules de politesse, jurons, prières, énumération de chiffre ou de l'alphabet...), mais impossibilité de les exécuter de manière volontaire ou sur demande.

Dyslalie : terme très général recouvrant les difficultés de prononciation des mots dues à une atteinte organique ou à un trouble fonctionnel des organes de phonation.

Dysphonie : trouble de la voix parlée, faisant l'objet d'une rééducation orthophonique.

Echolalie : consiste, pour le sujet, à répéter comme un écho les paroles répétées devant lui.

Fluence verbale : capacité d'une personne à donner oralement une série de mots appartenant à un champ phonologique (mots commençants par le même phonème) ou sémantique (noms de fleurs, d'animaux...) bien défini.

Fonctions cognitives : les fonctions cognitives comprennent le langage, le raisonnement, la perception, la coordination motrice, la mémoire, l'attention et la planification. Elles dépendent de structures et de sous-systèmes complexes au niveau du système nerveux central.

Gnosie : faculté permettant de reconnaître par l'un des sens la forme d'un objet, de se le représenter et d'en saisir la signification.

Guidance parentale : ensemble des moyens mis en place auprès des parents d'un enfant handicapé, quelque soit le handicap, afin de préserver ou de rétablir une bonne relation parents/enfant et d'éviter que d'autres facteurs ne viennent s'ajouter aux difficultés de l'enfant.

Hypospontanéité verbale : association d'une difficulté à l'incitation verbale et d'une réduction de la longueur moyenne de l'émission vocalique.

Intonation : mélodie ou contour de la voix qui accompagne la production de la parole et qui peut avoir, selon les langues, un rôle de discrimination syntaxique (distinguer une affirmation d'une interrogation...) ou lexicale, dans les langues à tons (ex : en chinois « ma » peut signifier « la mère », « le cheval », « le chanvre » ou « insulter » selon le ton pris).

Jargon : étape non systématique du développement du langage chez le très jeune enfant, aux alentours d'un an, durant laquelle il produit des émissions vocales inintelligibles, mais dont la courbe intonatoire est informative et d'où peuvent émerger des mots signifiants.

Jeu symbolique : jeu qui implique l'imagination, le détournement des objets de leur fonction première, la simulation de rôles (ex : jouer au papa et à la maman, jouer au docteur...).

Langage : capacité spécifique de l'espèce humaine de communiquer au moyen d'un système symbolique (un système de signes permettant de se représenter la réalité en son absence).

Langue : système symbolique permettant aux individus d'une même communauté de se comprendre et de communiquer.

Lexique : ensemble des mots « extériorisés » (lexique actif) et des mots compris par un individu (lexique passif).

Linguistique : approche scientifique du langage.

Manque du mot : impossibilité pour le sujet de produire le mot au moment où il en a besoin, soit en langage spontané, soit au décours d'une épreuve de dénomination.

Morphème : plus petite unité de signification dans laquelle les mots d'une langue peuvent être découpés. On distingue les morphèmes lexicaux (ou lexèmes), qui constituent une marque d'appartenance à une famille de mots, et les morphèmes grammaticaux, qui constituent des marques des variations de la forme des mots selon les catégories du nombre, du genre, de la personne, du temps...

Morphosyntaxe : étude des règles de combinaison des morphèmes pour former des mots, des groupes de mots et des phrases.

Mot : unité porteuse de sens et constituée au minimum d'un morphème.

Mutisme : impossibilité ou refus de parler, lié à une cause psychologique.

Organes phonatoires : organes modifiant le trajet de l'air dans le conduit vocal et permettant la production de sons différents selon leur position les uns par rapport aux autres (langue, lèvres, mâchoire, paroi postérieure du pharynx et voile du palais).

Paraphasie : processus concomitant à l'aphasie et qui consiste pour le patient à émettre un mot pour un autre, ou un son pour un autre.

Parole : partie substantielle de la langue orale qui correspond à la manipulation du code phonologique.

Phonation : ensemble des phénomènes volontaires (mouvements respiratoires adaptés à la parole, vibration des cordes vocales, modulation de la voix dans les résonateurs du conduit vocal) entraînant la production des sons du langage articulé.

Phonème : plus petite unité, dénuée en elle-même de sens, que l'on puisse isoler dans la chaîne parlée. La production de la langue orale française exploite une gamme de 36 phonèmes parmi lesquels on distingue 17 consonnes, 16 voyelles et 3 glides (sons phonétiquement intermédiaires entre les voyelles et les consonnes).

Phonétique : étude et classification de la manière dont les sons du langage sont articulés et perçus.

Phonologie : science linguistique qui étudie l'organisation, la structuration des phonèmes et des faits suprasegmentaux (prosodie) dans la parole.

Pointage proto-déclaratif : geste que fait l'enfant à partir de 8 mois, avant d'acquérir la parole, dans une situation d'attention conjointe entre sa mère et lui, en tendant sa main vers l'objet pour signaler son intérêt tout en regardant le visage de sa mère.

Pragmatique : branche de la linguistique qui traite de l'incidence du contexte sur la production et l'interprétation des énoncés et des séquences d'énoncés. La fonction pragmatique du langage est la fonction qui s'exerce dans le cadre des interactions sociales.

Praxie : système de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention.

Prosodie : partie de la phonétique qui étudie l'intonation, l'accentuation, le rythme, les pauses, la durée des phonèmes, la « mélodie » des mots et / ou des phrases.

Psycholinguistique : étude des processus intellectuels (mémoire, attention, raisonnement, affectivité) impliqués dans la production et la compréhension du langage.

Remédiation : tout apprentissage nécessite une « médiation » mise en œuvre en direction d'un « naïf » (l'apprenant) par un « expert » (le pédagogue). L'échec de cette médiation conduit à une « remédiation » dont la cohérence est liée à l'analyse préalable des raisons de l'échec initial.

Rhinolalie : nom donné aux troubles de la phonation déterminés par des modifications de la résonance des cavités nasales.

Sémantique : étude du sens des productions linguistiques (ou des sens, si l'énoncé est ambigu).

Sigmatisme : dyslalie altérant tout ou partie des constrictives sourdes et sonores. C'est la plus fréquente des dyslalies.

Syllabe : combinaison de phonèmes dont le noyau est pratiquement toujours une voyelle, et qui constitue l'unité rythmique de la chaîne parlée.

Syntaxe : ensemble des règles d'organisation des mots dans la phrase et de la bonne formation des énoncés selon la grammaire de la langue.

Vocabulaire : correspond au lexique « actif » d'un individu.

Vocalise : productions vocales du bébé de entre 2 et 7 mois ; il s'agit de la période comprise entre les vagissements et le babillage.

Voyelle : phonème prononcé sans constriction de l'air (ex : a, i, o, ...).

(Dictionnaire d'orthophonie, Brin-Henry *et al.*, 2011)

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association (APA). DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington (D.C.), USA : London : American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association, 2013, 991 p.

American Psychiatric Association (APA). DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington (D.C.), USA : American Psychiatric Association, 1994, 886 p.

Attal-Toubert K, Vanderschelden M. Dossiers Solidarité et Santé n°12. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Paris, France : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2009, 48 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf> (Consulté le : 24/11/2013).

Aubin J. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant : enquête auprès de médecins généralistes du Maine et Loire. Thèse de Médecine. Angers : Université d'Angers - Faculté de Médecine, 2008, 79 p.

Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, Groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *exercer*, 2008 ; 19 (84) : pp. 142-45.

Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Le Trung T, Decorre Y. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. Hémobstacle : une étude qualitative. *exercer*, 2008 ; 19 (80) : pp. 4-7.

Barbier I. Parle-moi ! Isbergues, France : OrthoEdition, 2006, 25 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.infolangage.org/livret-parlemoi/index.html> (Consulté le : 27/11/2013).

Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. L'autisme peut-il être détecté à l'âge de 18 mois ? L'aiguille, la meule de foin et le chat. *A.N.A.E.*, 1997 ; 8 (11) : pp. 33-37.

Barraban-Queyrel S. Les troubles spécifiques du langage chez l'enfant : enquête auprès des médecins généralistes d'Aix-en-Provence. Thèse de Médecine. Marseille : Université de la Méditerranée - Faculté de Médecine de Marseille, 2008, 101 p.

Billard C, Duvelleroy-Hommet C, de Becque B, Gillet P. Les dysphasies de développement. *Archives de Pédiatrie*, 1996 ; 3 (6) : pp. 580-87.

Billard C. Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant : une contribution à la prévention de l'illettrisme. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2001 ; 14 (1) : pp. 35-40.

Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2e édition. Paris, France : Armand Colin, 2007, 126 p.

Bonneau D, Verny C, Uzé J. Les facteurs génétiques dans les troubles spécifiques du langage oral. *Archives de Pédiatrie*, 2004 ; 11 (10) : pp. 1213-16.

Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 2001 ; 32 (2) : pp. 117-21.

- Bovet F, Danjou G, Langue J, Moretto M, Tockert E, Kern S.** Les inventaires français du développement communicatif (IFDC) : un nouvel outil pour évaluer le développement communicatif du nourrisson. *Médecine & enfance*, 2005 ; 25 (6) : pp. 327-32.
- Brin-Henry F, Courrier C, Lederlé E, Masy V.** Dictionnaire d'orthophonie. 3e édition. France : Ortho Edition, 2011, 303 p.
- Bursztejn C.** Le langage : développement normal et aspects pathologiques. In: Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, France : In press, 2000, pp. 85-103.
- Callu D, Jacquier-Roux M, Cusin F, Giannopulu I, Dellatolas G.** Pertinence du repérage par les parents des retards de langage chez l'enfant entre quatre et six ans. *Archives de Pédiatrie*, 2003 ; 10 (12) : pp. 1061-67.
- Catts HW, Fey ME, Tomblin JB, Zhang X.** A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2002 ; 45 (6) : pp. 1142-57.
- Charbonneau-Souchet H.** Réflexion sur la genèse du langage : pertinence d'un repérage parental précoce du trouble spécifique du langage oral chez l'enfant. Etude comparative entre une population "dysphasique" et une population témoin. Thèse de Médecine. Poitiers : Université de Poitiers - Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2009, 251 p.
- Charollais A.** Le dépistage très précoce des troubles du langage oral. *Médecine & enfance*, Hors-série, 2005 ; 25 (7) : pp. 55-66.
- Cheliout-Heraut F, Picard A, Bouskraoui M, Lacert P, de Lattre J, Fanello S.** Enregistrements ambulatoires de 24 heures et dysphasies de développement. *Archives de Pédiatrie*, 1997 ; 4 (10) : pp. 1061-61.
- Chevrie-Muller C, Narbona J.** Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques. 3e édition. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, 2007, 624 p.
- Christophe A, Margules S, Millotte S, Bernai S.** Comment les enfants apprennent-ils à parler ? *Médecine & enfance*, 2006 ; 26 (4) : pp. 229-34.
- Conrath L.** La prescription de l'orthophonie : enquête auprès de médecins généralistes parisiens. Thèse de Médecine. Paris : Université Pierre et Marie Curie, 2002, 164 p.
- Dale P.** The validity of a parent report measure of vocabulary and syntax at 24 months. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1991; 34(3) : pp. 565-71.
- Dale PS, Price TS, Bishop DVM, Plomin R.** Outcomes of Early Language Delay: I. Predicting Persistent and Transient Language Difficulties at 3 and 4 Years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2003 ; 46 (3) : pp. 544-60.
- Danon-Boileau L.** Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant. Collection : Que sais-je ? 2e édition. Paris, France : Presses Universitaires de France, 2009, 127 p.
- Davis BL, MacNeilage PF.** The Articulatory Basis of Babbling. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1995 ; 38 (6) : pp. 1199-1211.

Delahaie M. L'évolution du langage de l'enfant : de la difficulté au trouble. 2e édition France : Editions inpes, 2009, 90 p.

Denni-Krichel N. Parents, votre enfant apprend à parler. Paris, France : Fédération Nationale des Orthophonistes, 2009, 15 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.info-langage.org/livret-parent/index.html> (Consulté le : 27/11/2013).

Direction Générale de la Santé (DGS). Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant (en vigueur à compter du 1er janvier 2006). Guide à l'usage des professionnels de santé. Paris, France : Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction Générale de la Santé, 2006, 40 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-6.pdf> (Consulté le : 25/11/2013).

Dufféal-Chazot C. Dépistage des troubles spécifiques du langage de l'enfant en médecine générale : enquête de pratique auprès des médecins généralistes du Nord-Isère. Thèse de Médecine. Lyon : Université Claude Bernard - Lyon 1, 2010, 58 p.

Echene B, Cheminal R. Les anomalies du développement du langage parlé chez l'enfant : Classification. *Annales de pédiatrie*, 1997 ; 44 (1) : pp. 39-47.

Feldman HM, Dale PS, Campbell TF, Colborn DK, Kurs-Lasky M, Rockette HE, Paradise JL. Concurrent and Predictive Validity of Parent Reports of Child Language at Ages 2 and 3 Years. *Child Development*, 2005 ; 76 (4) : pp. 856-68.

Fenson L, Dale P, Reznick JS, Thal D, Bates E, Hartung J, Pethick S, Reilly J. The MacArthur Communicative Development Inventories: User's Guide and Technical Manual. San Diego, CA : Singular Publishing Group, 1993, 114 p.

Ferrari P. Troubles du langage. In: Ferrari P, Jousselman C. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, France : Flammarion Médecine-Sciences, 1993, pp. 66-74.

Gérard CL. L'enfant dysphasique : évaluation et rééducation. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université, 1993, 138 p.

Gibbard D, Coglán L, MacDonald J. Cost-Effectiveness Analysis of Current Practice and Parent Intervention for Children under 3 Years Presenting with Expressive Language Delay. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 2004 ; 39 (2) : pp. 229-44.

Giovanni A. Les dysphonies de l'enfant. In: Garabedian EN, Bobin S, Monteil JP, Triglia JM. ORL de l'enfant. 2e édition. Paris, France : Flammarion Médecine-Sciences, 2006, pp. 266-77.

Golse B. Le point de vue du psychiatre. *Archives de Pédiatrie*, 1999 ; 6 (S2) : pp. 389-391.

Guillemet JM, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2010 ; 23 (3) : pp. 125-30.

Halimi Y, Khomsi A. Protopédagogies ou pédagogie de grand-mère : anorexies intellectuelles. II. *l'Information Psychiatrique*, 1995 ; 71 (9) : pp. 847-55.

Hamerel C. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du langage oral de l'enfant. Thèse de Médecine. Nantes : Université de Nantes, 2002, 111 p.

Haute Autorité de Santé (HAS). L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Paris, France : Haute Autorité de Santé (anciennement Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), Service des recommandations et références professionnelles, 2001, 13 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Orthophrecos.pdf> (Consulté le : 23/10/2013).

Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. 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. Argumentaire. Paris, France : Haute Autorité de Santé, Service des recommandations professionnelles, 2005, 132 p. Disponible à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_argumentaire_2006.pdf (Consulté le : 23/10/2013).

Heilmann J, Weismer SE, Evans J, Hollar C. Utility of the MacArthur-Bates Communicative Development Inventory in Identifying Language Abilities of Late-Talking and Typically Developing Toddlers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2005 ; 14 (1) : pp. 40-51.

Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, France : Presses universitaires de France, 2000, 807 p.

Jauzein F. Aphasies et structures cérébrales du langage. Acces, 2010. Disponible à l'adresse suivante : http://acces.ens-lyon.fr/acces/ressources/neurosciences/archives-formations/neuro_apprentiss_2/cas_langage/structures_langage/structures_langage/ (Consulté le : 23/10/2013).

Jernigan TL, Hesselink JR, Sowell E, Tallal PA. Cerebral structure on magnetic resonance imaging in language- and learning-impaired children. *Archives of Neurology*, 1991 ; 48 (5) : pp. 539-45.

Johnston J. Facteurs qui influencent le développement du langage. 2e édition. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/developpement-langage-alphabetisation/selon-les-experts/johnston.html> (Consulté le : 23/10/2013).

Johnston JR. Re: Law, Garrett, and Nye (2004a). "The Efficacy of Treatment for Children With Developmental Speech and Language Delay/Disorder : A Meta-Analysis". *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2005 ; 48 (5) : pp. 1114-17.

Kern S, Langue J, Zesiger P, Bovet F. Adaptations françaises des versions courtes des inventaires du développement communicatif de MacArthur-Bates. *A.N.A.E.*, 2010 ; 22 (107-108) : pp. 217-28.

Lacour-Toffolutti A. Le dépistage et la prise en charge précoce des troubles du langage de l'enfant : enquête auprès de médecins généralistes bas-normands. Thèse de Médecine. Caen : Université de Caen - Faculté de Médecine, 2005, 118 p.

Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for Primary Speech and Language Delay: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1998 ; 33 (S1) : pp. 21-23.

Law J, Garrett Z, Nye C. The Efficacy of Treatment for Children With Developmental Speech and Language Delay/Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2004 ; 47 (4) : pp. 924-43.

Le Breton-Lerouvillos G, Romestaing P. La démographie à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie. Situation au 1er juin 2011. Paris, France : Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre, 2011, 46 p. Disponible à l'adresse suivante : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Haute-Normandie_2011.pdf (Consulté le : 02/09/2013).

Le Heuzey MF. Dépistage précoce des troubles du langage. *La Revue du Praticien*, 2004 ; 54 (18) : pp. 2018-21.

Le Normand MT. Modèles psycholinguistiques du développement du langage. In: Chevrie-Muller C. Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques. 3e édition. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, 2007, pp. 35-56.

Le Normand MT. Pathologie du langage, de la cognition et des apprentissages. Stratégies diagnostiques, évaluation, prévention et remédiation. Rapport final activité 1996-2000. Paris, France : Inserm, 2001, 85 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://s3.amazonaws.com/publicationslist.org/data/marielenormand/ref-60/00CRI%20rapport%20final.pdf> (Consulté le : 24/11/2013).

Legendre O. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des troubles de l'acquisition du langage oral chez l'enfant : réalisation d'une enquête de faisabilité auprès des médecins généralistes d'un test de dépistage le ERTL 4. Thèse de Médecine. Tours : Université François-Rabelais, 2005, 117 p.

Maas W. Early detection of speech and language delays in the Netherlands. The case for integrating primary and secondary prevention. *Child: Care, Health and Development*, 2000 ; 26 (2) : pp. 150-62.

Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012 : correspondances et transcodage CIM 10. 5e édition. Rennes, France : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, 2012, 127 p.

Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 2006 ; 117 (2) : pp. 298-319.

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009. Paris, France : Ministère de la Santé et des Sports, 2009, 10 p. Disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf (Consulté le : 02/09/2013).

Oller DK. The emergence of the sounds of speech in infancy. In: Yeni-Komshian G, Kavanagh J, Ferguson C. *Child phonology*. New York, USA : Academic Press, 1980, pp. 93-112.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Classification internationale des maladies - Dixième révision - Chapitre V (F): troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostics pour la recherche. 3e tirage. Genève, OMS ; Paris : Masson, 1999, 226 p.

Orhant S, Pellegrino P, Vesta J. Le langage de 0 à 3 ans : Développement, prévention, action... Importance des interactions précoces. *La Revue du praticien*. Médecine générale, 2010 ; 24 (837) : pp. 199-203.

P.M.I. de l'Yonne. Bilans de santé en écoles maternelles, année scolaire 2011-2012. Auxerre, France : Conseil Général de l'Yonne, 2012, 18 p. Disponible à l'adresse suivante : http://www.pluradys.org/wp-content/uploads/2012/07/PRESENTATION-LANGAGE-2011_2012-2.pdf (Consulté le : 27/11/2013).

Paquier PF, Van Dongen HR. Review of research on the clinical presentation of acquired childhood aphasia. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2006 ; 93 (6) : pp. 428-36.

Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Mémoire de Médecine Générale. Lyon : Faculté de médecine Lyon Nord, 2004, 23 p.

Prathanee B, Thinkhamrop B, Dechongkit S. Specific language impairment: effect on later language development : a literature review. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 2006 ; 89 (10) : pp. 1775-87.

Quillet-Balutaud F. Orthophonie et médecine générale : dépistage précoce des troubles du langage chez l'enfant. Thèse de Médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux 2 - Victor Segalen, 1999, 116 p.

Rescorla L. Age 13 Language and Reading Outcomes in Late-Talking Toddlers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2005 ; 48 (2) : pp. 459-72.

Ringard JC. A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique. Paris, France : Ministère de l'Éducation Nationale, 2000, 88 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://media.education.gouv.fr/file/95/7/5957.pdf> (Consulté le : 23/10/2013).

Robert-Leroux C. Comment améliorer le dépistage des troubles du langage de l'enfant en médecine générale. Thèse de Médecine. Nantes : Université de Nantes, 2004, 56 p.

Rousseau-Giral AC, Strohl H, Bizot C, Ravary Y, Gossot B. Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage. Paris, France : Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'éducation nationale, 2002, 80 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.resodys.org/IMG/pdf/igas.pdf> (Consulté le : 25/11/2013).

Roy B, Maeder C, Kipffer-Piquard A, Blanc JP, Alla F. ERTL4 et ERTLA6, des outils de repérage à l'usage des médecins. *Rééducation Orthophonique*, 2000 ; 38 (204) : pp. 65-92.

Rydz D, Srour M, Oskoui M, Marget N, Shiller M, Birnbaum R, Majnemer A, Schevell MI. Screening for Developmental Delay in the Setting of a Community Pediatric Clinic: A Prospective Assessment of Parent-Report Questionnaires. *Pediatrics*, 2006 ; 118 (4) : pp. 1178-86.

Sachse S, Von Suchodoletz W. Early identification of language delay by direct language assessment or parent report? *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 2008 ; 29 (1) : pp. 34-41.

Saltzman-Burdet C. Pertinence du dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de moins de 3 ans en soins primaires : revue de la littérature. Thèse de Médecine. Lyon : Université Claude Bernard - Lyon 1, 2008, 70 p.

Silva PA, McGee R, Williams SM. Developmental Language Delay from Three to Seven Years and Its Significance for Low Intelligence and Reading Difficulties at Age Seven. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1983 ; 25 (6) : pp. 783-93.

Silva PA, Williams S, McGee R. A Longitudinal Study Of Children With Developmental Language Delay At Age Three: Later Intelligence, Reading And Behaviour Problems. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1987 ; 29 (5) : pp. 630-40.

Société Française de Pédiatrie, Direction Générale de la Santé. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique. Paris, France : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007, 26 p. Disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/evolution_guide_pratique.pdf (consulté le 15/03/2011).

Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Paris, France : Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2006, 601 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/rapportsommelet.pdf> (Consulté le : 24/11/2013).

Stiles J. On the nature of informant judgments in inventory measures:... and so what is it you want to know? *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1994 ; 59 (5) : pp. 180-85.

Stothard SE, Snowling MJ, Bishop DVM, Chipchase BB, Kaplan CA. Language-impaired preschoolers: A follow-up into adolescence. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1998 ; 41 (2) : pp. 407-18.

Syndicat Départemental des Orthophonistes de Meurthe et Moselle, Syndicat Régional des Orthophonistes d'Alsace, Orthophonie Prévention Alsace (OPAL), Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Mulhouse. Livret "Objectif langage". Région Haute-Loire, France : Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Loire, 1990, modifié en 2007 par l'Association Haute-Loire pour la Prévention et l'Information Orthophonique (AHLPIO) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Loire 10 p. Disponible à l'adresse suivante : http://www.info-langage.org/pdf/livret_langage_haute_loire.pdf (consulté le : 20/07/2011).

Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1997 ; 40 (6) : pp. 1245-60.

Trudeau N, Aktouf K, Boudreault MC, Breault C. Les Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBCD). Manuel technique et guide de l'utilisateur. Montréal, Canada : Réseau canadien de recherche sur le langage et l'alphabétisation, 2008, 56 p. Disponible à l'adresse suivante : http://www.eoa.umontreal.ca/documents/pdf/docMacArthurBates_Manuel_MacArthur.pdf (consulté le 16/12/2013).

Tuchman RF, Rapin J, Shinnar S. Autistic and dysphasic children I: clinical characteristics. *Pediatrics*, 1991 ; 88 (6) : pp. 1211-18.

Vallée L, Dellatolas G. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Plan triennal interministériel 2001-2004. Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Paris, France : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005, 129 p. Disponible à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_tsl.pdf (Consulté le : 23/10/2013).

Van Dongen HR, Paquier PF, Creten WL, Van Borsel J, Catsman-Berrevoets CE. Clinical Evaluation of Conversational Speech Fluency in the Acute Phase of Acquired Childhood Aphasia: Does a Fluency/Nonfluency Dichotomy Exist? *Journal of Child Neurology*, 2001 ; 16 (5) : pp. 345-51.

Veber F, Ringard JC. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Paris, France : Ministère de l'Education Nationale, 2001, 62 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plandysl.pdf> (Consulté le : 23/10/2013).

Westerlund M, Berglund E, Eriksson M. Can Severely Language Delayed 3-Year-Olds Be Identified at 18 Months? Evaluation of a Screening Version of the MacArthur-Bates Communicative Development Inventories. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2006 ; 49 (2) : pp. 237-47.

Wonca Europe. La définition européenne de la Médecine générale - Médecine de famille. Barcelone, Espagne : Wonca Europe, 2002, 56 p. Disponible à l'adresse suivante : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf> (consulté le 2/12/2013).

ANNEXES

1. QUESTIONNAIRE D.P.L.3
**QUESTIONNAIRE POUR LE REPÉRAGE DE TROUBLES DU LANGAGE
CHEZ L'ENFANT DE TROIS ANS A TROIS ANS ET DEMI**

ENFANT Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____
 Sexe: M F Âge: _____ Mois _____ Autre langue parlée
 École: _____ à la maison: _____
 Absentéisme important: oui non **Rempli le:**
 Nom, prénom et adresse des parents:

- | | | | | |
|-----|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| Q1 | L'enfant communique spontanément avec les adultes | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q2 | L'enfant utilise spontanément le langage oral dans les activités | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3 | L'enfant fait ses premiers bonhommes têtards score B..... | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q4 | L'enfant imite le cercle, le ferme | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5 | L'enfant comprend des ordres simples non accompagnés de gestes | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q6 | L'enfant désigne sur demande | | | |
| | Bleu <input type="checkbox"/> | Vert <input type="checkbox"/> | Jaune <input type="checkbox"/> | |
| | Devant toi <input type="checkbox"/> | Derrière toi <input type="checkbox"/> | | |
| | En haut <input type="checkbox"/> | En bas <input type="checkbox"/> | score VP: /12 | |
| | Genou <input type="checkbox"/> | Menton <input type="checkbox"/> | | |
| | Jupe <input type="checkbox"/> | Pyjama <input type="checkbox"/> | Robe <input type="checkbox"/> | > 8 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Q7 | L'enfant exprime spontanément verbalement ses sentiments, ses désirs, ses difficultés | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q8 | L'enfant nomme lorsqu'on lui demande | | | |
| | Rouge <input type="checkbox"/> | Bleu <input type="checkbox"/> | Vert <input type="checkbox"/> | Jaune <input type="checkbox"/> |
| | Debout <input type="checkbox"/> | Couché <input type="checkbox"/> | Assis <input type="checkbox"/> | |
| | Derrière <input type="checkbox"/> | Devant <input type="checkbox"/> | En haut <input type="checkbox"/> | En bas <input type="checkbox"/> |
| | Genou <input type="checkbox"/> | Menton <input type="checkbox"/> | Vache <input type="checkbox"/> | Cheval <input type="checkbox"/> |
| | Jupe <input type="checkbox"/> | Pull <input type="checkbox"/> | Pyjama <input type="checkbox"/> | score VA: /20 |
| | Robe <input type="checkbox"/> | Bottes <input type="checkbox"/> | | > 11 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Q9 | L'enfant construit des phrases de type S+V+C et utilise le "je" à l'occasion | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q10 | L'enfant articule de façon satisfaisante pour que le message soit compris | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Observations:

L'enfant a-t-il tendance à bégayer?

Signature de l'enseignant:

TOTAL:
 SATISFAISANT
 À SURVEILLER
 À RISQUES

2. EPREUVE ERTL4

La diffusion de l'ERTL4 n'est pas autorisée.

3. QUESTIONNAIRES IFDC ET FEUILLE D'ÉVALUATION

QUESTIONNAIRE DE 12 MOIS (à remplir par les parents)

© S. Kern

Nom..... Prénom.....
 Sexe..... Date de naissance.....
 Nombre de frères et sœurs..... Ages des frères et sœurs.....
 Mode de garde dominant.....
 Langue que l'enfant entend le plus souvent.....
 Langues parlées à la maison.....
 Personne qui remplit le questionnaire (père, mère, les deux)..... Date.....

Babillage

	Quelquefois	Souvent	Pas encore
- production d'une suite de syllabes identiques (bababa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- production d'une suite de syllabes différentes (bodaga).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestes

Cochez les actions que l'enfant réalise ou essaye de réaliser actuellement :

Tendre la main pour donner un objet qu'il tient.....	<input type="checkbox"/>	Boire dans une tasse.....	<input type="checkbox"/>
Pointer du doigt un objet/personne/événement intéressant.....	<input type="checkbox"/>	Peigner ou brosser ses cheveux.....	<input type="checkbox"/>
Agiter la main de sa propre initiative en signe d'au revoir.....	<input type="checkbox"/>	Mettre un chapeau.....	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras pour être porté.....	<input type="checkbox"/>	Mettre un collier, un bracelet ou une montre.....	<input type="checkbox"/>
Secouer la tête pour dire non.....	<input type="checkbox"/>	Porter le combiné du téléphone à son oreille.....	<input type="checkbox"/>
Hocher la tête pour dire oui.....	<input type="checkbox"/>	Pousser des petites voitures ou des camions.....	<input type="checkbox"/>
Faire chut en plaçant son doigt sur les lèvres.....	<input type="checkbox"/>	Jeter une balle.....	<input type="checkbox"/>
Faire coucou.....	<input type="checkbox"/>	Donner à manger aux poupées ou aux peluches.....	<input type="checkbox"/>
Jouer à «ainsi font font les petites marionnettes».....	<input type="checkbox"/>	Embrasser ou tenir dans ses bras ses poupées ou peluches.....	<input type="checkbox"/>
Chanter.....	<input type="checkbox"/>	Lire (ouvrir le livre, tourner les pages...).....	<input type="checkbox"/>
Danser.....	<input type="checkbox"/>	Passer l'aspirateur.....	<input type="checkbox"/>
Manger avec une cuillère ou une fourchette.....	<input type="checkbox"/>	Casser avec un marteau.....	<input type="checkbox"/>
Tendre les bras pour montrer quelque chose qu'il tient dans sa main.....	<input type="checkbox"/>		

Vocabulaire

Cochez :

- les cases de la colonne C (compris) pour les mots que l'enfant comprend mais ne dit pas encore (vous pouvez considérer que l'enfant comprend un mot même s'il ne le comprend que dans une seule situation) ;
- les cases de la colonne CD (compris et dit) pour les mots que l'enfant comprend et qu'il utilise actuellement de manière spontanée (si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot).

	C	CD		C	CD		C	CD
abeille.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuillère.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	miaou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aïe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuisine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	montre/montrer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ainsi font.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	danse/danser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	musique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allô.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	donne/donner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nez.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arrête/arrêter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dors/dormir/faire dodo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prénom de l'enfant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attends/attendre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombriil/bourrillon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attention.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	encore.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au revoir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	être fatigué.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nounours.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a/avoir soif.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fais/faire un bisou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ouaf-ouaf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
balle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fenêtre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ballon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	figure/visage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pain.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bébé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fleur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	papa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
biberon/bibi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frigo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(petit) déjeuner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bois/boire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gâteau/biscuit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pied.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonjour.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	glace (aliment).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poubelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonne nuit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jour.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prends/prendre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caillou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	là.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	purée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
camion de pompier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lapin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regarde/regarder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s'il te plaît.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaud/chaude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	livre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sucette/lolette/tutte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaussettes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	main.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tante/tata/tatie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chien/toutou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maison.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tee-shirt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maman.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	téléphone.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cifs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mange/manger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tombe/tomber.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
collier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	marche/marcher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tortue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
couche/linge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	merci.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coucou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	miam-miam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voiture/auto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXES

QUESTIONNAIRE DE 18 MOIS (à remplir par les parents)

© S. Kern

Nom Prénom

Sexe Date de naissance

Nombre de frères et sœurs Ages des frères et sœurs

Mode de garde dominant

Langue que l'enfant entend le plus souvent

Langues parlées à la maison

Personne qui remplit le questionnaire (père, mère, les deux) Date

Cochez :

- les cases de la colonne C (compris) pour les mots que l'enfant comprend mais ne dit pas encore (vous pouvez considérer que l'enfant comprend un mot même s'il ne le comprend que dans une seule situation) ;
- les cases de la colonne CD (compris et dit) pour les mots que l'enfant comprend et qu'il utilise actuellement de manière spontanée (si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot).

	C	CD		C	CD		C	CD
attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nom de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au revoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dehors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oreille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a/avoir faim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	derrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	où	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a/avoir soif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	donne/donner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pantalon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dors/dormir/faire dodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	parc (public)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
balle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	photo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	encore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ferme/fermer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bêê bêê	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	porte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poubelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bois/boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bon/ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gâteau/biscuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poupée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gentil/gentille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poussette/pousse-pousse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bonne nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jette/jeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prends/prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bouteille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	joue/jouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pyjama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	là	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regarde/regarder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bravo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brosse à dent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
canapé/divan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lave/laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	soupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
canard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sucette/lolette/tutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chapeau/bonnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tape/taper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	télécommande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaud/chaude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tombe/tomber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chausson/pantoufle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	touche/toucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chaussure/soulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mange/manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	va/aller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cheval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	merci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voiture/auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vroum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cocorico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	miam-miam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coin-coin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
couche/linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Est-ce que l'enfant a déjà commencé à combiner des mots
comme par exemple «gâteau encore» ou «papa paté» ? pas encore quelquefois souvent

ANNEXES

QUESTIONNAIRE DE 24 MOIS (à remplir par les parents)

© S. Kern

Nom Prénom

Sexe Date de naissance

Nombre de frères et sœurs Ages des frères et sœurs

Mode de garde dominant

Langue que l'enfant entend le plus souvent

Langues parlées à la maison

Personne qui remplit le questionnaire (père, mère, les deux) Date

Cochez les cases correspondant aux mots que l'enfant produit actuellement de manière spontanée (hors imitation). Si sa prononciation est différente de celle des adultes, cochez tout de même le mot.

aie	<input type="checkbox"/>	cochon	<input type="checkbox"/>	monsieur	<input type="checkbox"/>
allô	<input type="checkbox"/>	coin-coin	<input type="checkbox"/>	moto	<input type="checkbox"/>
assiette	<input type="checkbox"/>	compote	<input type="checkbox"/>	musique	<input type="checkbox"/>
attention	<input type="checkbox"/>	couche/lange	<input type="checkbox"/>	nez	<input type="checkbox"/>
au revoir	<input type="checkbox"/>	coucou	<input type="checkbox"/>	nom de l'enfant	<input type="checkbox"/>
a/avoir peur	<input type="checkbox"/>	cuillère	<input type="checkbox"/>	oreille	<input type="checkbox"/>
ballon	<input type="checkbox"/>	dame	<input type="checkbox"/>	où	<input type="checkbox"/>
bateau	<input type="checkbox"/>	dehors	<input type="checkbox"/>	ouaf-ouaf	<input type="checkbox"/>
beau/belle	<input type="checkbox"/>	eau	<input type="checkbox"/>	pain	<input type="checkbox"/>
bébé	<input type="checkbox"/>	école/crèche	<input type="checkbox"/>	pantalon	<input type="checkbox"/>
bée bée	<input type="checkbox"/>	écris/écrire	<input type="checkbox"/>	papa	<input type="checkbox"/>
biberon/bibi	<input type="checkbox"/>	éléphant	<input type="checkbox"/>	pars/partir/parti	<input type="checkbox"/>
bois/boire	<input type="checkbox"/>	encore	<input type="checkbox"/>	pas	<input type="checkbox"/>
bon/bonne	<input type="checkbox"/>	fais/faire un bisou	<input type="checkbox"/>	pâtes	<input type="checkbox"/>
bonbons	<input type="checkbox"/>	ferme/fermer	<input type="checkbox"/>	pleure/pleurer	<input type="checkbox"/>
bonjour	<input type="checkbox"/>	fleur	<input type="checkbox"/>	pluie	<input type="checkbox"/>
bottes	<input type="checkbox"/>	froid/froide	<input type="checkbox"/>	poisson	<input type="checkbox"/>
bouche	<input type="checkbox"/>	fromage	<input type="checkbox"/>	pomme	<input type="checkbox"/>
bras	<input type="checkbox"/>	ici	<input type="checkbox"/>	porte	<input type="checkbox"/>
ça	<input type="checkbox"/>	là	<input type="checkbox"/>	pot	<input type="checkbox"/>
cache/cacher	<input type="checkbox"/>	lait	<input type="checkbox"/>	poubelle	<input type="checkbox"/>
cadeau	<input type="checkbox"/>	lapin	<input type="checkbox"/>	pyjama	<input type="checkbox"/>
caillou	<input type="checkbox"/>	lit	<input type="checkbox"/>	quoi	<input type="checkbox"/>
canard	<input type="checkbox"/>	livre	<input type="checkbox"/>	sale	<input type="checkbox"/>
casse/casser	<input type="checkbox"/>	lumière	<input type="checkbox"/>	s'il te plaît	<input type="checkbox"/>
chaise	<input type="checkbox"/>	lune	<input type="checkbox"/>	télé	<input type="checkbox"/>
chat	<input type="checkbox"/>	main	<input type="checkbox"/>	tombe/tomber	<input type="checkbox"/>
chaud/chaude	<input type="checkbox"/>	maison	<input type="checkbox"/>	verre	<input type="checkbox"/>
chaussure/soulier	<input type="checkbox"/>	maman	<input type="checkbox"/>	voiture/auto	<input type="checkbox"/>
cheval	<input type="checkbox"/>	mange/manger	<input type="checkbox"/>	vroum	<input type="checkbox"/>
cheveux	<input type="checkbox"/>	merci	<input type="checkbox"/>	yaourt/yogourt	<input type="checkbox"/>
chien/toutou	<input type="checkbox"/>	meuh	<input type="checkbox"/>	yeux	<input type="checkbox"/>
chocolat	<input type="checkbox"/>	miaou	<input type="checkbox"/>		
chut	<input type="checkbox"/>	moi	<input type="checkbox"/>		

- Est-ce que l'enfant a déjà commencé à combiner des mots comme par exemple «gâteau encore» ou «papa pati»? pas encore quelquefois souvent

- Si vous avez répondu de façon positive à la question précédente, indiquez les trois phrases les plus longues que l'enfant produit de manière spontanée actuellement :

1

2

3

ANNEXES

FEUILLE D'ÉVALUATION DES RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES

© S. Kern

Il est recommandé de faire remplir les questionnaires courts à 12, 18 et 24 mois, de façon à décrire un itinéraire de développement communicatif de l'enfant.

Pour une raison de simplicité, l'interprétation des résultats est la même chez les filles et chez les garçons, bien que dans tous les domaines les performances des filles soient supérieures à celles des garçons.

Deux résultats inférieurs ou égaux au 10^e percentile sur le même questionnaire ou deux questionnaires d'âges différents représentent des signes d'alerte. L'absence de babillage canonique à 12 mois et l'absence de combinaison de mots à 24 mois sont assimilées à des résultats inférieurs au 10^e percentile.

Chaque feuille est documentée individuellement pour être gardée dans le dossier de l'enfant ou remise aux parents.

(Mettre une croix dans la case correspondant aux réalisations de l'enfant)

Enfant (nom, prénom, date de naissance) :

12 mois, date :

Babillage canonique	non acquis	acquis (quelquefois ou souvent)				
Babillage diversifié	non acquis	acquis (quelquefois ou souvent)				
Gestes réalisés (nombre)	≤ 9	10-11	12-14	15-16	17-18	≥ 19
Compréhension (nombre de mots compris)	≤ 11	12-19	20-29	30-44	45-54	≥ 55
Production (nombre de mots dits)	0	1	2-3	4-6	7-10	≥ 11
percentiles		10 ^e	25 ^e	50 ^e	75 ^e	90 ^e

18 mois, date :

Compréhension (nombre de mots compris)	≤ 51	52-68	69-83	84-93	94-97	≥ 98
Production (nombre de mots dits)	≤ 4	5-9	10-18	19-28	29-51	≥ 52
Combinaison de mots	non acquise		acquise			
percentiles		10 ^e	25 ^e	50 ^e	75 ^e	90 ^e

24 mois, date :

Production (nombre de mots dits)	≤ 28	29-46	47-74	75-91	92-98	≥ 99
Longueur moyenne des énoncés*	combinaison non acquise	2,66	3,66	4,66	6	≥ 7
percentiles		10 ^e	25 ^e	50 ^e	75 ^e	90 ^e

* La longueur moyenne des énoncés est calculée en divisant par 3 le nombre total des mots contenus dans les 3 phrases les plus longues.

4. COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES

Frémont Amélie,

Déville lès Rouen, le 4 mars 2013.

Chère Consœur, cher Confrère,

Je réalise actuellement un **travail de thèse sur le dépistage des troubles du langage avant l'âge de 3 ans à l'aide de tests appelés « Inventaires Français du Développement Communicatif » ou IFDC.**

Les difficultés ou les troubles du langage constituent un motif fréquent de consultation, dont le taux de prévalence se situe entre 5 et 10 %, ce qui n'est pas négligeable au vu des conséquences néfastes que cela peut avoir sur les apprentissages scolaires, le développement personnel et l'insertion sociale.

Bien que les recommandations actuelles concernent le dépistage des enfants de plus de 3 ans, une revue de la littérature de 2008 a démontré les bénéfices d'un dépistage plus précoce, notamment au moment de la mise en place du premier langage. En effet, un retard de langage repéré avant l'âge de 3 ans peut, du fait de la variabilité inter individuelle, se normaliser avec le temps, mais dans environ 50 à 60 % des cas persistera, d'où l'intérêt de dépister tôt pour mettre en place plus rapidement des mesures correctives (orthophonie, et surtout, guidance parentale).

Pour cela, il est nécessaire de disposer d'un test de dépistage fiable, facilement utilisable chez l'enfant en bas-âge, tel que le questionnaire parental CDI (Communicative Development Inventories-Words and Sentences) de MacArthur-Bates qui a donné naissance en France aux IFDC.

Les IFDC consistent en trois questionnaires documentés par les parents aux âges de douze, dix-huit et vingt-quatre mois. Il s'agit de questionnaires fermés d'une page chacun, qui évaluent, selon l'âge de l'enfant, la description du babillage et des gestes communicatifs, la compréhension et la production de mots ainsi que l'acquisition des premières bases grammaticales.

Ils sont rapides et faciles à remplir (5 à 10 minutes) et peuvent être donnés par la secrétaire en salle d'attente ou en fin de consultation par le médecin.

Quelques minutes suffisent pour les exploiter grâce à une feuille d'évaluation avec repères en percentiles (du 10^{ème} au 90^{ème} percentile).

Les IFDC sont actuellement utilisés par les orthophonistes, les pédiatres et les centres référents des troubles de l'apprentissage. **Le but de cette étude est de savoir si les IFDC seraient utilisables en médecine générale afin d'aider le médecin généraliste dans son rôle de prévention.**

J'aurai donc besoin de médecins volontaires pour faire passer le questionnaire à leurs patients jusque fin octobre (au moins une fois pour appréhender le test et se faire une idée de son utilisation et plus si possible!) afin par la suite de participer à un entretien semi-dirigé d'une vingtaine de minutes.

Votre participation est essentielle car sans vous, pas d'étude!

Je vous remercie donc d'avance pour votre aide et reste joignable par téléphone, mail ou courrier pour me faire part de votre volonté de participer à cette étude ou répondre à toute autre question que vous pourriez vous poser.

Confraternellement.

Amélie Frémont, remplaçante en médecine générale.

Veillez trouver ci-joint un exemplaire de chaque questionnaire des IFDC (questionnaires 12 mois, 18 mois et 24 mois) ainsi que la feuille d'évaluation pour les trois questionnaires. Ces documents sont également librement téléchargeables et imprimables via le lien:

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/05.ifdc.pdf>

5. GUIDE D'ENTRETIEN

Avant toute chose, je tiens à préciser qu'il s'agit d'un entretien enregistré mais anonyme. Ma thèse aborde le dépistage des troubles du langage de l'enfant et les difficultés que les médecins peuvent rencontrer à ce sujet. Dans ce cadre, je cherche à savoir si les questionnaires parentaux IFDC seraient utilisables en pratique quotidienne pour dépister les troubles du langage de l'enfant de moins de 3 ans.

Je vais donc vous poser des questions très ouvertes sur le dépistage des troubles du langage; à vous d'y répondre selon votre expérience et votre ressenti. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

La première question est très vaste : De façon générale, pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la prévention et les actions de dépistage ?

Quelles difficultés les médecins généralistes rencontrent-ils pour dépister les troubles du langage oral de l'enfant?

Nous allons maintenant parler plus particulièrement du développement du langage et des troubles du langage de l'enfant dans votre pratique quotidienne.

- 1) Dans vos consultations de pédiatrie, quelle **importance** accordez-vous au développement du langage de l'enfant ?
Quel est votre **ressenti** concernant le développement normal du langage de l'enfant ?
Relance : Vous sentez-vous à l'aise pour l'évaluer ? Pourquoi ?
- 2) Pour vous, quelle est la **définition** d'un trouble du langage ?
A votre avis, **combien** dépistez-vous, ou du moins combien de suspicions de troubles du langage avez-vous par an ?
- 3) Que pensez-vous de votre **aptitude à dépister** les troubles du langage ?
- 4) A votre avis, quels sont **les moyens et les opportunités** qui permettent au médecin généraliste de dépister les troubles du langage de l'enfant dans sa pratique quotidienne ?
- 5) Quels **tests** de dépistage connaissez-vous ?
Relance : Les **utilisez-vous** ? Pourquoi ? Quelles **difficultés** ces tests vous posent-ils ?
- 6) Pour vous, **qui doit dépister** les troubles du langage ?
Relance : Est-ce au médecin généraliste ou à un autre intervenant ?
- 7) Comment réagissez-vous face à des **parents inquiets** concernant le langage de leur enfant ?
- 8) En général, **qui aborde le sujet** du langage en premier ?
Relance : Est-ce vous ou les parents ? Selon quelles modalités ?
Quelle est la **place des parents** au sein du langage de leur enfant ?
- 9) Quelles **difficultés** rencontrez-vous dans le dépistage des troubles du langage ?
Quelles **solutions** pourraient vous aider à régler ces difficultés ?
- 10) Ressentez-vous un **besoin d'informations** à ce sujet ?
Relance : Si oui, de **quel type** et sous **quelle forme** ?

ANNEXES

Les IFDC peuvent-ils être un outil de dépistage des troubles du langage de l'enfant de moins de 3 ans utilisable en médecine générale?

J'aimerais à présent aborder avec vous l'utilisation des questionnaires parentaux que je vous ai fait parvenir dans mon courrier, les IFDC. Avez-vous eu l'occasion d'expérimenter les IFDC avec un ou plusieurs patients ?

OUI. Combien de fois les avez-vous utilisés ?

- 1) Que pensez-vous de l'**opportunité** de pouvoir **repérer des troubles du langage avant l'âge de 3 ans** ?
- 2) Quelle **connaissance** aviez-vous des IFDC avant cette intervention ?
- 3) Quelle a été votre **première impression** lorsque vous avez découvert les questionnaires dans le courrier expliquant cette étude ?
- 4) Quelles ont été vos **difficultés** dans l'utilisation des questionnaires ?
Dans l'utilisation de la grille d'évaluation ?
Dans la communication des résultats aux parents ?
- 5) Quelle a été la **réaction des parents** face à votre démarche de dépistage ?
- 6) Suite à cette expérience, quel est maintenant **votre avis** au sujet des IFDC ?
- 7) Seriez-vous prêt à utiliser **ces questionnaires dans votre pratique quotidienne** ?
Relance : Pourquoi ? Vous paraissent-ils adaptés à votre pratique ?
- 8) Pour vous, quels sont les **obstacles** qui pourraient freiner leur utilisation ?
Quelles seraient les **modifications** à apporter pour en améliorer l'utilisation ?

NON

- 1) Que pensez-vous de l'**opportunité** de pouvoir **repérer des troubles du langage avant l'âge de 3 ans** ?
- 2) Pourriez-vous m'expliquer ce qui, dans votre cas, **a freiné l'utilisation des IFDC** ?

Remerciements.

Possibilité ou non, de recontacter le médecin pour des questions complémentaires.

Possibilité pour les médecins interviewés d'obtenir les résultats de l'étude.

Identification du médecin.

Sexe

Âge

Année d'installation

Exercice en milieu urbain/rural/semi-rural

Type d'activité

Seul/en groupe

Maître de stage ?

Nombre de patients vus par jour

Activité pédiatrique estimée (en % de l'activité totale)

6. COURRIER DE REPONSE DU CPP

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST I

Hôpital Charles Nicolle – Pavillon de l'Aubette
1, rue de Germont – 76031 ROUEN cedex
☎ 02 32 88 84 46 – Fax : 02 32 88 80 53
E. mail : CPP.NordOuest1@chu-rouen.fr

Rouen, le 18 octobre 2013

Président : F. BAUER
Vice-présidente : B. GEFFROY
Secrétaire Général : Th. DELANGRE

Madame Amélie FREMONT

N° EudraCT : 2013-A01246-39

Madame,

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I, agréé par arrêté ministériel en date du 31/05/2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie en date du 28/06/2012, a examiné, lors de sa réunion du **jeudi 17 octobre 2013**, le protocole de recherche biomédicale intitulé «*Dépistage des troubles du langage de l'enfant de moins de 3 ans : les inventaires français du développement communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne ?*».

Le Comité a jugé que ce protocole ne relève pas de son avis.

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Fabrice BAUER
Président

7. AFFICHE DE PREVENTION : OBJECTIF LANGAGE

PRÉVENTION: OBJECTIF, LANGAGE

DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE CONSEILS AUX PARENTS

ATTENTION : quand demander conseil au médecin ou à l'orthophoniste

de la naissance à 6 mois

- ✓ Votre bébé se tourne vers la source sonore.
- ✓ Il babille.
- ✓ Parlez calmement, chaleureusement à votre bébé.
- ✓ Chantez-lui des comptines. Riez avec lui.
- ✓ Expliquez-lui les bruits qu'il entend.
- ✓ Nommez les personnes et les choses qui l'entourent.
- ✓ Racontez-lui ce que vous faites.

Attention si :

- Votre bébé ne réagit pas aux bruits, êtes-vous certain qu'il entend bien ?
- Votre bébé ne cherche pas, par son regard, à entrer en communication avec vous.

à 12 mois

- ✓ Votre bébé comprend des ordres simples.
- ✓ Il dit «papa, maman».
- ✓ Il répond à son prénom.
- ✓ Modulez votre voix et ses intonations: cela plaît à votre bébé et lui permettra de mieux comprendre et utiliser le langage.
- ✓ Faites-lui découvrir le plaisir de communiquer: favorisez toutes formes d'échanges (grimaces, regards, rires et sourires etc.).
- ✓ Montrez-lui que «TOUT EST LANGAGE»

Attention :

- Ne confondez pas ! La télévision n'est souvent qu'une ambiance sonore pour l'enfant. Elle boie et ne favorise pas une communication réelle.













à 18 mois

- ✓ Il comprend des phrases courtes, simples.
- ✓ Il dit quelques mots autres que «papa, maman».
- ✓ Son vocabulaire s'enrichit.
- ✓ Parlez-lui normalement, correctement, en employant des mots simples mais pas simplifiés.
- ✓ Donnez-lui des livres en carton ou en tissu.
- ✓ Confiez-lui aussi des vieux magazines et parlez-en avec lui: les formes et les couleurs l'intéressent.

Attention si :

- L'évolution de son langage s'arrête brutalement ou si son langage régresse au lieu de progresser quel que soit l'âge de votre enfant.

à 3 ans

- ✓ Votre enfant comprend des histoires.
- ✓ Il s'exprime par phrases, pose des questions.
- ✓ Il utilise le pluriel, les prépositions.
- ✓ Apprenez-lui à dire, à raconter: aidez-le à préciser sa pensée, ses sentiments.
- ✓ Encouragez-le à abandonner le biberon et/ou la tétine, s'il les utilise encore.

Attention si :

- Son langage continue à être difficilement compréhensible.
- Il emploie peu de verbes et pas du tout d'articles, d'adjectifs, de prépositions.
- Il n'emploie pas le pluriel.
- Il ne construit pas de phrases.






à 2 ans

- ✓ Il comprend des ordres complexes.
- ✓ Il dit son prénom.
- ✓ Il fait de courtes phrases en associant 2 à 3 mots.
- ✓ Enrichissez son vocabulaire
- ✓ Expliquez-lui les mots qu'il ne comprend pas.
- ✓ S'il prononce mal, donnez-lui la forme correcte du mot, sans pour autant l'obliger à répéter.

Attention si :

- Son vocabulaire, excepté «papa-maman», ne comprend que quelques mots difficilement compréhensibles.
- Il n'associe pas encore 3 mots pour constituer de petites phrases.

à 4 ans

- ✓ Votre enfant parle sans erreurs grammaticales et syntaxiques sérieuses.
- ✓ Racontez et lisez ensemble des histoires: vous l'aidez ainsi à développer son envie de lire et vous facilitez sans contrainte l'apprentissage ultérieur de la langue écrite.
- ✓ Les enfants sont sensibles à l'exemple: lisez devant eux.

Attention si :

- Votre enfant a du mal à commencer ses phrases, s'il répète syllabes ou mots.
- Ses phrases sont courtes et mal construites.
- Son langage n'est pas toujours compréhensible.
- Il a du mal à vous raconter des événements simples et récents.

Remerciements : S.O.M.M., P.S.L., C.P.L.O.L.

Fédération Nationale des Orthophonistes
145, Boulevard Magenta 75010 PARIS
Tél : 01.40.31.63.75

cplol

Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans : Les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne ?

Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Haute-Normandie.

Auteur : Amélie FREMONT

Directeur de thèse : Docteur Bruno ARRESTIER

Date et lieu de soutenance de la thèse : 7 janvier 2014, Faculté de Médecine de Rouen.

Contexte. Les recommandations actuelles de l'HAS en matière de troubles du langage de l'enfant préconisent un dépistage à partir de l'âge de 3 ans. Or, plusieurs études récentes ont conclu au bien-fondé d'un dépistage plus précoce. Un des tests de dépistage fiables et utilisables proposés à cet âge est le questionnaire parental CDI (Communicative Development Inventories-Words and Sentences) de MacArthur-Bates qui a donné naissance en France aux IFDC (les Inventaires Français du Développement Communicatif).

Objectif. L'objectif de cette étude était de savoir si les questionnaires parentaux IFDC seraient utilisables en pratique quotidienne en médecine générale.

Méthode. Une étude qualitative a été réalisée auprès de 17 médecins généralistes de la région Haute-Normandie, volontaires pour expérimenter les IFDC et participer ensuite à un entretien semi-dirigé.

Résultats. Les médecins rencontrés ont insisté sur leur implication dans les différents dépistages à effectuer en pédiatrie. L'intérêt pour le langage et le dépistage des troubles du langage était cependant inégal d'un participant à l'autre, dépendant de la motivation de chacun et probablement en rapport avec les différents obstacles évoqués. Dans ce cadre, l'utilisation des IFDC a suscité quelques réticences mais ces questionnaires ont finalement reçu un accueil favorable de la part des médecins et des parents.

Conclusion. À l'issue de ce travail, les IFDC semblent être des outils préliminaires pratiques et rapides à interpréter pour le dépistage précoce d'un éventuel retard de communication en médecine générale. La réalisation d'une étude plus étendue est cependant nécessaire pour évaluer la validité de ces résultats à plus grande échelle. Les conditions d'utilisation des IFDC demandent par ailleurs à être précisées (utilisation dans le cadre d'un dépistage de masse ? d'un dépistage ciblé ?) et les médecins souhaitent avoir une conduite à tenir claire et précise en cas de « signes d'alerte » repérés par ces questionnaires. Enfin, de nouvelles recommandations incluant le repérage avant 3 ans des premières difficultés dans le développement du langage donneraient plus de poids à ces évaluations.

Mots clefs : troubles du langage, enfant, médecine générale/médecins généralistes, dépistage, Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC).