



**HAL**  
open science

# Enquête des pratiques et connaissances des médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes concernant le dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral chez les enfants de moins de 6 ans

Jonathan Nguyen Dinh Da

## ► To cite this version:

Jonathan Nguyen Dinh Da. Enquête des pratiques et connaissances des médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes concernant le dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral chez les enfants de moins de 6 ans. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03456742

**HAL Id: dumas-03456742**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456742>**

Submitted on 30 Nov 2021

**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.

## **Thèse d'exercice de Médecine**

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Générale

**Enquête des pratiques et connaissances des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes concernant le dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral chez les enfants de moins de 6 ans**

Présentée et soutenue publiquement

Le **28 octobre 2021** à Nice

Par

**NGUYEN DINH DA Jonathan**

Né le 12 Août 1990 à Reims

### **JURY**

Président

Monsieur le Professeur **DARMON David**

Assesseurs

Monsieur le Docteur **CACI Hervé**

Monsieur le Docteur **DEROCHET Max**

Monsieur le Professeur **FERRERO Jean Marc**

Madame le Professeur **MONNIER Brigitte**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur **ZEGGAGH Ahmed**

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie  
Recherche  
Etudiants

Pr. ALUNNI Véronique  
Pr. DELLAMONICA Jean  
M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)  
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)  
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)  
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)  
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



# REMERCIEMENTS

Au **Pr DARMON David**,

je vous remercie de me faire l'honneur de présider ma thèse et de prêter attention à mon travail.

Au **Dr CACI Hervé**,

je vous prie de recevoir ma gratitude pour votre temps et intérêt porté à mon travail.

Au **Dr DEROCHET Max**,

je vous remercie de faire partie de mon jury de thèse et de m'avoir aidé à trouver mon directeur de thèse.

Au **Pr MONNIER Brigitte**,

je vous remercie de votre présence dans mon jury ainsi que pour la bienveillance dont vous avez fait preuve lors de vos séances d'encadrement à la faculté.

Au **Pr FERRERO Jean Marc**,

votre présence m'honore, merci de prendre part dans mon jury de thèse et de m'accorder votre temps pour juger mon travail.

Au **Dr ZEGGAGH Ahmed**,

merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, merci pour ta bienveillance, ta disponibilité, ton écoute ainsi que ton aide à la réalisation de ce travail.

# REMERCIEMENTS

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	11
ABRÉVIATION.....	13
INTRODUCTION .....	14
GÉNÉRALITÉS .....	15
I. Définitions : .....	15
II. Acquisition du langage oral .....	15
A. Les prérequis physiologiques .....	15
B. Environnement affectif .....	16
III. Le développement du langage oral chez l'enfant .....	16
A. Une phase pré-linguistique .....	16
B. Une phase linguistique .....	16
IV. Troubles du langage oral.....	17
A. Les troubles secondaires .....	17
B. Trouble développemental primitif du langage oral .....	18
VI. Intérêt du dépistage.....	18
A. Évolution des troubles.....	18
B. Répercussions à long terme .....	19
VII. Les acteurs du dépistage.....	19
A. La famille .....	19
B. L'enseignant .....	20
C. Le médecin traitant .....	20
VIII. Le Dépistage .....	21
A. Les signes d'appel.....	21
B. Les outils de dépistage .....	21
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
I. Objectif .....	23
II. Caractéristiques de l'étude .....	23
III. Population de l'étude .....	23
A. Critères d'inclusion.....	23
B. Critère d'exclusion.....	24
C. Constitution de l'échantillon d'étude.....	24
IV. Recueil des données et élaboration du questionnaire .....	25

V. Analyse des données.....	26
RÉSULTATS.....	27
II. Habitude de pratique professionnelle .....	35
III. Connaissances sur les signes d'appel .....	44
IV. Connaissance et utilisation des tests de dépistage.....	47
A. DPL3.....	49
B. ERTL4 .....	51
C. ERTLA6.....	53
V. Avis et retour sur l'étude.....	56
DISCUSSION .....	61
I. Discussion des résultats .....	61
II. Discussion de la méthode.....	63
III. Conclusion et perspective .....	65
ANNEXE .....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	80
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	82
RÉSUMÉ.....	83
ABSTRACT .....	84

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Diagramme du flux de l'échantillon.....	26
<b>Figure 2</b> : Répartition des participants selon le sexe.....	28
<b>Figure 3</b> : Répartition des participants selon l'âge.....	29
<b>Figure 4</b> : Répartition des participants en fonction de l'âge et du sexe.....	30
<b>Figure 5</b> : Étude sur la parentalité de l'échantillon.....	31
<b>Figure 6</b> : Mode d'exercice des participants.....	32
<b>Figure 7</b> : Milieu d'exercice des participants.....	33
<b>Figure 8</b> : Formation des participants sur le sujet.....	34
<b>Figure 9</b> : Fréquence de consultation d'enfants de moins de 6 ans.....	35
<b>Figure 10</b> : Habitude d'orientation vers les orthophonistes pour suspicion de retard du langage.....	36
<b>Figure 11</b> : Recherche active des troubles de l'acquisition du langage oral.....	37
<b>Figure 12</b> : Age du début de dépistage.....	38
<b>Figure 13</b> : Considération pour les plaintes des parents.....	39
<b>Figure 14</b> : Orientation chez orthophoniste pour les enfants suspects.....	40
<b>Figure 15</b> : Age pour le début d'une prise en charge orthophonique.....	42
<b>Figure 16</b> : Résultats des connaissances des signes d'appel.....	44
<b>Figure 17</b> : Score de connaissance on des signes d'appels en fonction de l'âge.....	46
<b>Figure 18</b> : Taux d'utilisation de test de dépistage.....	47
<b>Figure 19</b> : Connaissance du test DPL3.....	49
<b>Figure 20</b> : Utilisation de DPL3.....	50
<b>Figure 21</b> : Connaissance de l'ERTL4.....	51
<b>Figure 22</b> : Utilisation de l'ERTL4.....	52
<b>Figure 23</b> : Connaissance de l'ERTLA6.....	53

<b>Figure 24</b> : Utilisation de l'ERTLA6.....	54
<b>Figure 25</b> : Facteur Temps pour l'utilisation des tests de dépistage.....	55
<b>Figure 26</b> : Perception du sujet comme un enjeux de santé publique.....	56
<b>Figure 27</b> : Sensibilisation au sujet par le questionnaire.....	57
<b>Figure 28</b> : Ressenti sur la formation.....	58
<b>Figure 29</b> : Désir d'améliorer sa pratique.....	59
<b>Figure 30</b> : Désir de formation.....	60

# ABRÉVIATION

**AM** : Alpes Maritimes

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**DPL3** : Dépistage et Prévention du Langage a 3 ans

**DSM-5** : Acronyme anglais pour manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

**ERTL4** : Épreuves de repérage des troubles du langage à 4 ans.

**ERTLA6** : Épreuves de repérage des troubles du langage et de l'apprentissage à 6 ans.

**FNO** : Fédération Nationale des Orthophonistes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**PACA** : Provence Alpes Côte d'Azur

**PAP** : Plan d'accompagnement personnalisé

**PPS** : Projet personnalisé de scolarisation

**QLC** : Questionnaire Langage et Comportement

**WNV** : Échelle non verbale d'intelligence de Wechsler

# INTRODUCTION

Aujourd'hui, il est reconnu par de nombreuses études que les troubles de l'acquisition du langage oral chez les enfants sont corrélés plus tard à des troubles du comportement, des problèmes sociaux, notamment de l'isolement (1), l'échec scolaire et l'illettrisme (2).

Ces difficultés, une fois adultes, entraînent de façon plus prononcée un faible niveau d'étude, un accès à un travail peu qualifié et un isolement social (3).

Ces études viennent soutenir la nécessité d'un dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral. Un plan d'action triennal pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage a été mis en place en 2001 par les ministres chargés de l'Education Nationale et de la santé. L'amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage a été réaffirmée comme priorité d'action par la loi de santé publique du 9 août 2004. Le dépistage précoce des troubles de l'acquisition du langage oral apparaît alors comme un enjeu majeur de santé publique et des recommandations apparaissent lors d'un rapport en 2005 sur le dépistage, la prise en charge et l'orientation des patients ainsi que le rôle de chaque acteur dont le médecin généraliste (4).

Malgré ces mesures, il apparaît qu'il existe toujours une persistance de proportion de 4 à 5% des enfants ayant un trouble du langage oral soit un par classe, dont un quart parmi ces enfants avec des troubles sévères (5).

Devant les enjeux majeurs de santé publique et le rôle prépondérant du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles de l'acquisition du langage oral, il est apparu intéressant de faire une évaluation des pratiques des médecins généralistes.

Ce travail va s'articuler en deux parties, la première est une synthèse bibliographique sur ce qu'est une acquisition normale du langage oral, quels en sont les troubles, l'évolution, à quel âge est-il intéressant de faire un dépistage et les outils à notre disposition dans la pratique.

La seconde partie traitera de l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes et quelles données peuvent en être tirées.



# GÉNÉRALITÉS

## I. Définitions :

Le langage est « la fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes » (RONDAL 1999).

La parole est la production de sons articulés permettant de créer la signification communicationnelle.

Le langage oral est composé de plusieurs éléments (6) :

- La prosodie : mélodie de la voix.
- La phonétique : c'est le niveau concernant les sons du langage ou phonèmes.
- La sémantique : les mots et leur signification lexicale.
- La syntaxe : les règles d'associations des éléments du langage entre eux.
- La pragmatique : étude des actes de parole en situation (prise de parole, échange conversationnel, etc).
- La phonologie : enchaînement des sons de la parole.

Le langage a deux versants, un réceptif qui permet la compréhension et l'autre expressif qui permet l'émission (7). Ces deux versants sont en interaction continue et s'influencent mutuellement. Il existe une grande variabilité du développement du langage entre les enfants pour, finalement, un niveau comparable chez la grande majorité des enfants (8).

## II. Acquisition du langage oral

### A. Les prérequis physiologiques

L'acquisition du langage oral est le processus de développement par lequel l'enfant va acquérir le langage de son entourage. Sur le plan physiologique, l'acquisition du langage oral nécessite l'intégrité :

- des commandes neuro-musculaires des organes bucco-phonatoires (la maturation du conduit vocal est complète vers 2 ans) (9),
- des structures corticales et sous-corticales spécialisées dans diverses fonctions du langage,
- de l'appareil auditif.

## **B. Environnement affectif**

L'environnement joue également un rôle déterminant. Le bébé participe à un système actif de communication. Il interagit avec son environnement, l'utilisation des premiers mots nécessite une maîtrise de la communication. Le langage est une représentation de la réalité, les éléments différents sont nommés de façon différente. Le langage jusqu'à deux ou trois ans est celui de l'interlocuteur privilégié (le plus souvent la mère). Le manque de stimulation verbale n'est pas le critère principal de retard de langue contrairement aux carences affectives, élément mis en lumière par la comparaison entre les enfants de sourds et les enfants victimes « d'hospitalisme ». (10) (11)

## **III. Le développement du langage oral chez l'enfant**

Il est très documenté, et fait appel aux interactions entre les capacités neurocognitives innées de l'enfant et l'environnement psychoaffectif avec lequel il interagit. On distingue deux phases :

### **A. Une phase pré-linguistique**

Entre 0 et 2 mois, le nouveau-né acquiert des compétences précoces et est capable de différencier des phonèmes. Les cris ont une signification pour la mère et permettent déjà une forme de communication.

Entre 2 et 6 mois, apparaissent des vocalisations (babil, jasis ou lallation, avec enrichissement progressif).

Durant le 2e semestre, on relève l'apparition de syllabes ainsi que le développement et l'association d'une communication non verbale par le regard, le sourire, la gestuelle (l'enfant pointe du doigt les objets).

### **B. Une phase linguistique**

Entre 12 et 16 mois, c'est l'apparition des premiers mots sous forme de mono ou dissyllabes avec l'association à des situations ou des objets. Le vocabulaire s'accroît de façon très variable selon les enfants, jusqu'à environ 30 mots en moyenne lors du 16e mois.

Vers la fin de la 2e année, il existe une nette accélération avec l'acquisition de 250 à 300 mots, accompagnée de l'émergence également du non, progrès vers l'individualisation.

Entre 20 et 26 mois, c'est le moment de l'apparition du protolangage avec l'association de deux mots pour désigner une action.

A 3 ans, une autre accélération de l'acquisition du vocabulaire est pointée pour atteindre 1000

mots, avec le perfectionnement de l'articulation des phonèmes et l'acquisition de la syntaxe. L'apparition du "je" est une étape importante de l'individuation et de la conscience de sa propre identité.

Entre 3 et 5 ans, c'est l'acquisition du langage adulte de base avec, par la suite, un enrichissement sur le plan expressif et cognitif.

## **IV. Troubles du langage oral**

La notion de trouble du langage oral est vaste et nécessite d'identifier le contexte dans lequel s'inscrit le trouble, un arbre décisionnel a été proposé en 2021 (Annexe 1).

Il existe actuellement une classification en deux grandes familles :

### **A. Les troubles secondaires**

#### **1. Les troubles acquis**

Ces troubles sont rares. Ils apparaissent chez un enfant dont le développement du langage oral est normal initialement. C'est la survenue d'une lésion cérébrale d'étiologie traumatique, vasculaire, inflammatoire, infectieuse ou tumorale qui est responsable d'une perte des acquisitions. Il s'agit d'aphasie (12). Le pronostic est intimement lié à la pathologie sous-jacente.

#### **2. Les troubles secondaires**

Sous cette catégorie, on retrouve une multitude d'étiologies dont découle le trouble du langage oral :

- La déficience sensorielle avec notamment la surdité en première cause. Elle doit être recherchée systématiquement lors d'une consultation spécialisée chez un ORL devant tout déficit du développement du langage oral. De nombreuses études suggèrent que le traitement d'une perte d'audition légère améliore le langage (12).
- La déficience intellectuelle est classifiée selon l'OMS par un quotient intellectuel inférieur à 70 points. Cela représente 2 à 3% de la population, repérable par des tests de compétences intellectuelles de l'enfant. Parmi ces derniers, il apparaît plus adapté de réaliser une évaluation uniquement sur les compétences non verbales (WNV) (13) pour ne pas déprécier à tort les résultats d'un enfant sur des tests trop dépendants du raisonnement verbal.
- Les troubles d'origine psychopathologique avec notamment les troubles du spectre de l'autisme avec une prévalence de 1% dans la population générale. Selon le DSM-5,

trois critères le définissent : altération qualitative des interactions sociales, altération qualitative de la communication et les caractères restreints, répétitifs stéréotypés des comportements, des intérêts et des activités. Le langage oral se développe lentement ou peut parfois être absent (14).

Dans la catégorie des troubles évitables, on retrouve l'alcoolisation fœtale avec un retard mental, une inadaptation sociale, des troubles neurodéveloppementaux variés. Cette atteinte reste sous diagnostiquée. La présentation est hétérogène avec des déficits multiples et complexes sans phénotype bien identifiable (15).

## **B. Trouble développemental primitif du langage oral**

Ce sont des troubles primitifs du développement du langage oral, chez des enfants aux compétences intellectuelles préservées, qui ne présentent pas de déficience sensorielle, auditive, visuelle, de lésion cérébrale acquise, de pathologie neurologique, génétique ou psychologique, de carence affective ou éducative. Il est par définition un diagnostic d'exclusion (16).

Il existe plusieurs classifications actuelles :

Dans la classification du DSM-5 (14), on sépare :

Les troubles de la parole touchant la phonologie et l'articulation, et les troubles du langage touchant le vocabulaire et la syntaxe.

La 11<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies (CIM) différencie les troubles spécifiques du langage oral de la façon suivante : les troubles principalement expressifs, les troubles principalement pragmatiques, les troubles mixtes (réceptif/expressif) et les autres troubles n'étant pas englobés par les autres catégories (17).

## **VI. Intérêt du dépistage**

### **A. Évolution des troubles**

L'évolution pour les troubles développementaux du langage oral est le plus souvent favorable. De multiples facteurs influencent cette évolution et sont intriqués entre eux : environnement social et psychoaffectif, niveau d'étude de la mère, score Apgar à 5 minutes, le sexe, compétences intellectuelles non verbales (18).

Il existe une grande variabilité du développement du langage entre les enfants pour un niveau comparable dans la grande majorité des cas par la suite (8).

Ces troubles ont tout de même tendance à s'améliorer lors de prise en charge rééducative adaptée.

## **B. Répercussions à long terme**

De nombreuses études ont démontré l'impact des troubles du langage oral sur le langage écrit. Ces troubles engendrent une barrière sur l'accès au langage élaboré, et entraînent des répercussions psychoaffectives et sociales. (19) (20) (21).

Ces troubles sont améliorables avec une rééducation adaptée. Il persiste néanmoins le plus souvent des troubles du langage élaboré écrit qui causent des difficultés scolaires, comportementales, relationnelles. Ces difficultés entraînent des répercussions directes sur le pronostic professionnel et social une fois adulte. Le repérage précoce des troubles du langage oral apparaît essentiel pour limiter l'impact que peuvent avoir ces troubles sur l'enfant et à plus long terme, sur l'insertion socioprofessionnelle une fois adulte (3).

Cet enjeu a été réaffirmé par la HAS en 2017 lors de la publication d'un outil d'amélioration des pratiques professionnelles dans le repérage et la prise en charge des troubles « dys » (22).

## **VII. Les acteurs du dépistage**

### **A. La famille**

Premiers et principaux acteurs, ils sont directement au contact de l'enfant, ils sont ceux qui observent de la façon la plus proche l'enfant. Ils alertent bien souvent les autres acteurs. Une étude a évalué la pertinence du repérage d'un retard de langage oral chez les enfants en âge préscolaire par les parents (23). L'avis des parents était fortement et spécifiquement corrélé aux épreuves évaluant le caractère correct ou incorrect de l'expression orale et peut donc être utilisé comme un pré-dépistage rapide et peu onéreux.

## **B. L'enseignant**

L'enseignant intervient à 4 niveaux (24) :

- Repérer des difficultés retentissant sur les apprentissages attendus dans une classe d'âge, et les objectiver par des évaluations normées,
- Mettre en œuvre des mesures pédagogiques ciblées sur une difficulté repérée,
- Demander l'intervention des professionnels de santé en cas de difficultés d'apprentissages persistantes à l'issue de remédiations pédagogiques,
- Participer à la mise en place d'adaptations pédagogiques dans le cadre de dispositifs Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ou Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). En cas de troubles spécifiques du langage et des apprentissages, le projet de scolarisation doit être articulé avec le projet de soins.

## **C. Le médecin traitant**

Le premier niveau de recours aux soins est sous la responsabilité du médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), en lien avec le médecin de l'Éducation Nationale ou de la Protection Maternelle et Infantile, les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, et les psychologues).

Le rôle du médecin est défini par l'HAS comme suit (25) :

- Participation au repérage de difficultés dans la vie quotidienne, sociale et/ou scolaire, qu'il est nécessaire de faire lors des 20 consultations obligatoires entre la naissance et 6 ans.
- Dépistage du trouble, cela passe par l'examen somatique de l'enfant incluant l'examen neurologique et la vérification d'absence de déficit visuel ou auditif, appréciation des compétences cognitives, évaluation du développement psycho-affectif et relationnel. Utilisation d'outils de dépistage étalonnés pour le langage oral.
- Contextualisation du trouble de déficit spécifique du trouble du langage et des apprentissages avec prescription d'un bilan auprès du professionnel spécialiste du domaine concerné, à savoir l'orthophoniste, pour les difficultés du langage oral, écrit et de cognition mathématique ou ergothérapeute pour les difficultés touchant l'organisation du geste.
- Orientation dans le système de soin : diagnostic et prise en charge simple ou coordination de plusieurs intervenants nécessaire, difficulté diagnostique.

- Temps d'échange avec l'enfant et la famille : transmission et explication aux parents et à l'enfant, par le médecin de l'enfant, de ses conclusions diagnostiques et des points de vigilance avec rédaction d'une note écrite dans le carnet de santé.
- Suivi de l'enfant par des appréciations qualitatives et quantitatives.
- Accompagnement de l'enfant et de sa famille : information sur les conséquences du trouble, écoute des difficultés ressenties, conseil des parents sur l'accompagnement, mise en relation avec les associations.

## **VIII. Le Dépistage**

### **A. Les signes d'appel**

La nécessité de repérer rapidement les troubles de l'acquisition du langage oral a bénéficié d'un outil fait par la HAS pour les médecins de premier recours (généralistes et pédiatres) (26).

On y retrouve les signes d'appel :

- Dès 18 mois : l'absence de babillage, aucun mot signifiant.
- A 24 mois : un langage très pauvre, absence d'association de mots, compréhension altérée, décorrélation entre des troubles de la compréhension mais une bonne communication.
- De 3 ans à 4 et demi : langage oral non intelligible pour les personnes en dehors du cercle familial, absence de phrases constituées, compréhension altérée.
- De 4 ans et demi à 5 ans : niveau de langage insuffisant.

Ces signes d'appel sont une indication à la réalisation d'un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire à partir de 24 mois.

### **B. Les outils de dépistage**

Le ministère chargé de la Santé et de l'Éducation a publié un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage dans le plan triennal interministériel de 2001-2004. Ce document comporte des recommandations concernant les outils à utiliser dans le cadre du dépistage des troubles du langage (4).

Ces recommandations concernant les outils apparaissent également dans la plaquette éditée en 2007 par le ministère de la Santé (Annexe 2).

Le médecin de famille utilisera préférentiellement des tests adaptés à sa pratique médicale et au temps disponible.

Il apparait que les tests plus adaptés sont les suivants en fonction de l'âge :

- De 3 ans à 3 ans 6 mois : Le DPL 3 (27), conçu pour les enseignants, il peut être utilisé en médecine de ville. Il s'agit d'un questionnaire comportant dix questions portant sur le développement langagier de l'enfant.
- De 3 ans 6 mois à 3 ans 9 mois : QLC (questionnaire langage et comportement), il nécessite une bonne connaissance de l'enfant.
- Autour de 4 ans : ERTL4 (28), cotation faite pour les médecins, à intégrer lors d'une consultation.
- L'ERTL A6 (29) : conçu par les médecins pour les enfants en fin de grande section et début de CP, il a la particularité d'être plus global.



# **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

## **I. Objectif**

L'objectif principal est de décrire la pratique des médecins généralistes des Alpes Maritimes en matière de dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral chez les enfants de moins de 6 ans.

## **II. Caractéristiques de l'étude**

Cette étude est une étude observationnelle descriptive transversale par auto-questionnaire fait anonymement sur internet. L'étude a été réalisée sur la période de 05/06/2021 au 05/08/2021.

## **III. Population de l'étude**

La population de l'étude était les médecins généralistes libéraux installés dans les Alpes Maritimes.

### **A. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Médecins généralistes libéraux exerçant et installés dans les Alpes Maritimes et inscrits sur l'annuaire de santé du site Ameli le 01/06/2021, sélection aléatoire.
- Médecins généralistes libéraux dont l'adresse électronique était accessible via la faculté de médecine.
- Médecins généralistes libéraux possédant une adresse électronique MS SANTE le 16/07/2021.

Les critères de non-inclusion ont été les suivants :

- Médecins généralistes libéraux avec une activité en dehors des champs de la médecine traditionnelle (homéopathe, naturopathe, énergéticien, mésothérapeute, etc).

- Médecins généralistes non installés remplaçants.
- Médecins généralistes exerçant exclusivement dans un établissement de santé ou SOS médecin.
- Médecins généralistes refusant de participer à l'étude.
- Médecins généralistes non référencés sur l'annuaire de santé Ameli.fr, n'ayant pas d'adresse MS SANTE ou n'ayant pas communiqué d'adresse électronique auprès de la faculté de médecine.

## **B. Critère d'exclusion**

Les médecins n'ayant pas complété entièrement le questionnaire dans la limite de la durée d'étude, ont été exclus.

## **C. Constitution de l'échantillon d'étude**

L'objectif de l'étude étant une description des pratiques professionnelles, il n'y a pas eu de calcul du nombre de sujet nécessaire pour l'étude. Un nombre minimal de réponses de 30 était attendu.

L'étude s'est portée sur la population des médecins généralistes dans le département des Alpes Maritimes. Il y avait 1400 coordonnées téléphoniques disponibles de médecins généralistes inscrits sur le site Ameli le 01/06/2021.

Le questionnaire étant en ligne, les médecins ont été contactés de façon aléatoire par téléphone pour récupérer des adresses électroniques. Les médecins naturopathes, homéopathes, énergéticiens, et autres spécialités en dehors des champs de la médecine traditionnelle n'ont pas été inclus. Les adresses mails des médecins généralistes cherchant des remplaçants via la faculté de médecine été accessibles et ont été inclus.

Afin d'étendre le nombre de réponses, le questionnaire a également été envoyé aux médecins généralistes des Alpes Maritimes possédants une adresse professionnelle MS SANTE le 19/07/2021 avec un rappel le 28/07/2021.

## **IV. Recueil des données et élaboration du questionnaire**

Un recueil anonyme des données a été effectué via le site Google Form sur la période du 05/06/2021 au 05/08/2021. Le questionnaire (Annexe 3) a été élaboré par un étudiant en troisième année de diplôme d'étude spécialisée de médecine générale à partir des recommandations de l'HAS pour les médecins généralistes (4).

Le nombre de questions a été limité pour obtenir un temps de réponse moyen inférieur à 5 minutes afin d'éviter au maximum les refus de participation et les questionnaires incomplets. Le questionnaire était anonyme afin de ne pas biaiser les réponses et d'obtenir une plus large participation de l'échantillon.

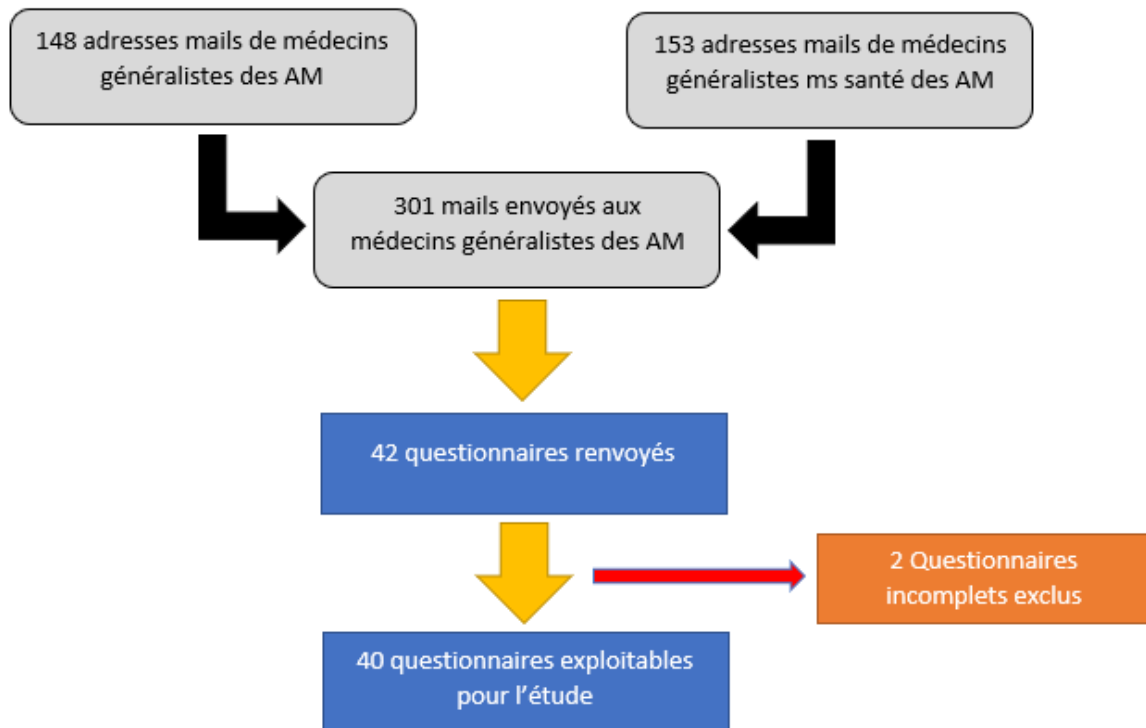
Le questionnaire se divise en 3 parties distinctes :

- La première partie récupère les informations socio-professionnelles et démographiques des participants.
- La seconde partie évalue les connaissances des médecins généralistes concernant les signes d'alerte précoce (10 items) ainsi que la connaissance et l'utilisation des tests de dépistage (3 tests) selon les recommandations de l'HAS de 2005 (4) (Annexe 2). Cette partie recueille également les habitudes de pratique.
- La dernière et troisième partie recueille le retour des participants et offre un espace libre pour les commentaires.

Le questionnaire a été testé auprès de 2 médecins généralistes installés en ville, avant envoi définitif à l'échantillon de participants.

Sur un total de 301 questionnaires envoyés, 42 questionnaires ont été remplis soit 14%, dont 2 questionnaires (le 6 et le 40) de façon incomplète, ces questionnaires ont été exclus dans le traitement des données.

**Fig 1.** Diagramme du flux de l'échantillon.



## V. Analyse des données

La saisie des données a été réalisée sur le programme MICROSOFT EXCEL® avant d'être adaptée sur le logiciel JAMOVI®. Les analyses descriptives ont été exprimées en pourcentage.

# RÉSULTATS

## I. Caractéristiques de la population de l'échantillon d'étude

Il y avait 1400 médecins référencés sur l'annuaire de santé du site Ameli le 01/06/2021, les médecins ayant une adresse électronique MS SANTE, les médecins généralistes dont l'adresse mail était accessible par le biais des contacts avec la faculté de médecine et correspondants aux critères ont été mobilisés pour participer à l'étude.

Sur les 301 questionnaires envoyés, il a été obtenu 42 questionnaires remplis soit un taux de participation de 14%. Deux questionnaires étaient incomplets et ont été de fait exclus de l'étude. Le taux d'achèvement du questionnaire s'élève à 95%.

Les caractéristiques socio-démographiques des 40 médecins de l'échantillon se présentent de la façon suivante.

**Fig 2.** Répartition des participants selon le sexe

## Descriptives

Descriptives

	Sexe
N	40
Minimum	1
Maximum	2

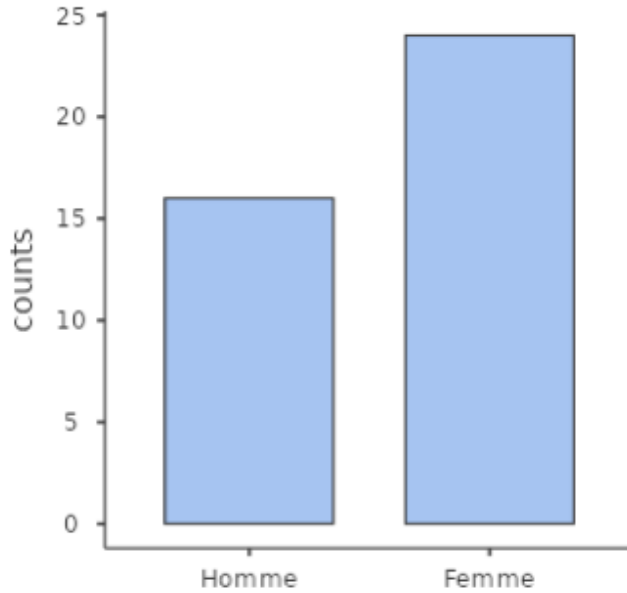
## Frequencies

Frequencies of Sexe

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Homme	16	40.0 %	40.0 %
Femme	24	60.0 %	100.0 %

## Plots

Sexe



Sur les 40 participants, 24 étaient des femmes et 16 des hommes, soit 60% des questionnaires remplis par des femmes majoritairement.

**Fig 3.** Répartition des participants selon l'âge

## Descriptives

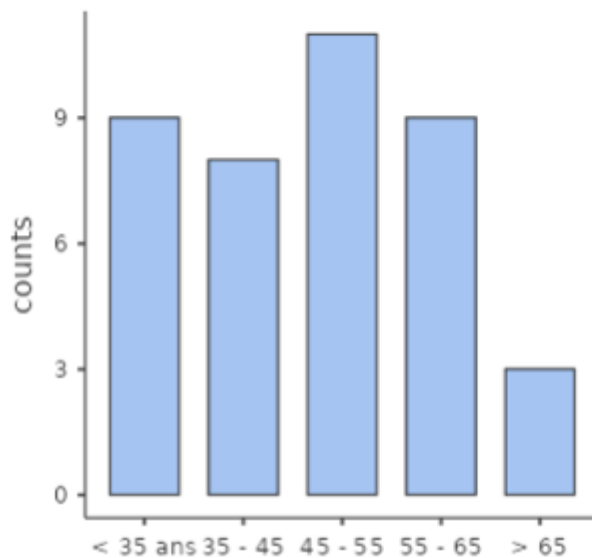
Descriptives	
	Age
N	40
Minimum	1
Maximum	5

## Frequencies

Frequencies of Age			
Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
< 35 ans	9	22.5 %	22.5 %
35 - 45	8	20.0 %	42.5 %
45 - 55	11	27.5 %	70.0 %
55 - 65	9	22.5 %	92.5 %
> 65	3	7.5 %	100.0 %

## Plots

### Age



L'âge des participants était varié avec une répartition entre les tranches d'âge relativement homogène. 9 médecins de l'échantillon avaient moins de 35 ans, 8 médecins entre 35 et 45 ans, 11 médecins entre 45 et 55 ans, 9 médecins entre 55 et 65 ans et 3 médecins plus de 65 ans.

**Fig 4.** Répartition des participants en fonction de l'âge et du sexe

**Descriptives**

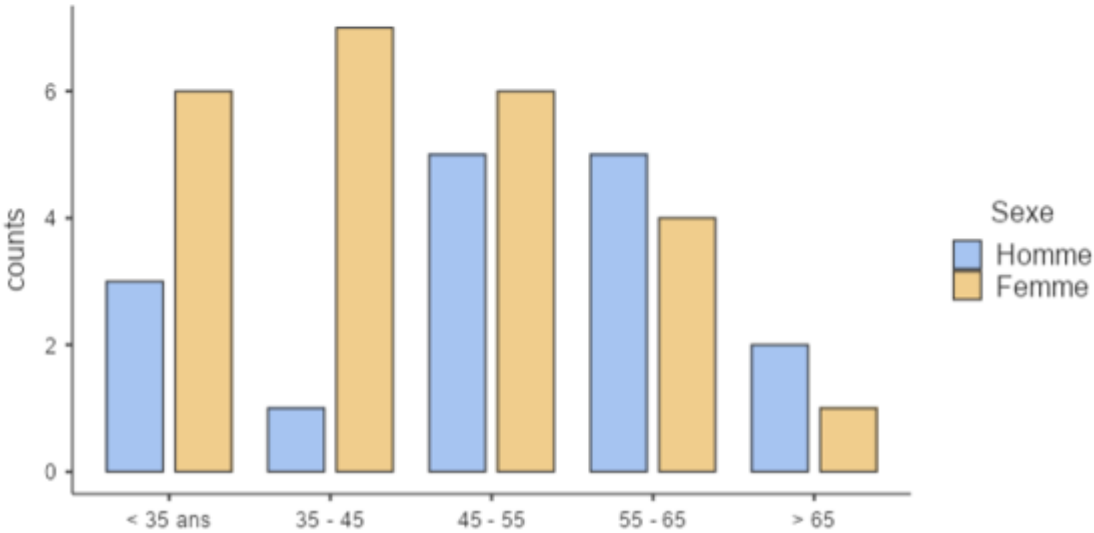
Descriptives		
	Sexe	Age
N	Homme	16
	Femme	24

**Frequencies**

Age	Sexe	
	Homme	Femme
< 35 ans	3	6
35 - 45	1	7
45 - 55	5	6
55 - 65	5	4
> 65	2	1

**Plots**

Age



Il apparait que les femmes de moins de 45 ans dans l'échantillon, représentent 32.5% des participants. Ce constat est corrélé avec la féminisation de la profession connue depuis plusieurs années. (Annexe 4).



**Fig 5.** Étude sur la parentalité de l'échantillon

## Descriptives

Descriptives

Parent	
N	40
Mode	1.00

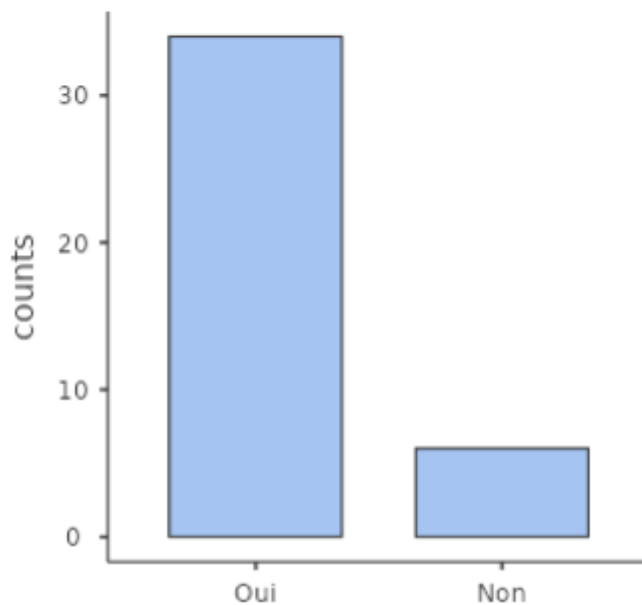
## Frequencies

Frequencies of Parent

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	34	85.0 %	85.0 %
Non	6	15.0 %	100.0 %

## Plots

Parent



Une importante majorité des participants de l'étude sont parents, avec 85% de parents contre 15% sans enfant.

Fig 6. Mode d'exercice des participants

## Descriptives

Descriptives

Mode d'exercice	
N	40
Mode	2.00
Minimum	1
Maximum	3

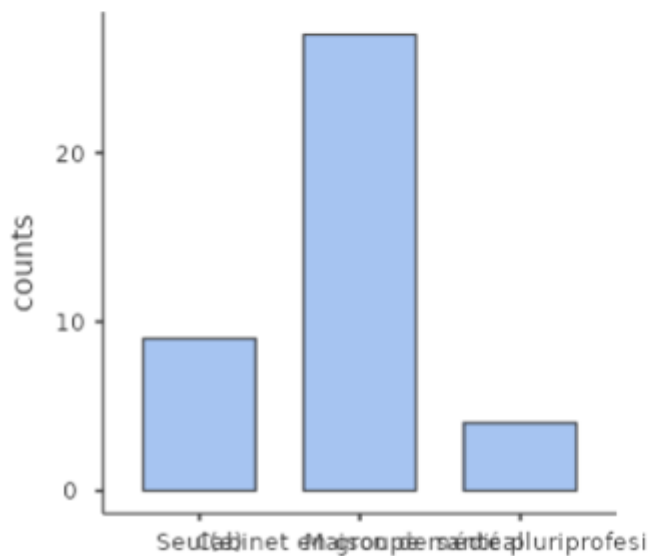
## Frequencies

Frequencies of Mode d'exercice

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Seul(e)	9	22.5 %	22.5 %
Cabinet en groupe médical	27	67.5 %	90.0 %
Maison de santé pluriprofessionnelle	4	10.0 %	100.0 %

## Plots

Mode d'exercice



Une grande majorité des participants exercent en cabinet médical de groupe soit 67.5% des participants, une minorité à 22.2% seul et 10% en maison de santé pluriprofessionnelle.

Fig 7. Milieu d'exercice des participants

## Descriptives

Descriptives

Milieu d'exercice	
N	40

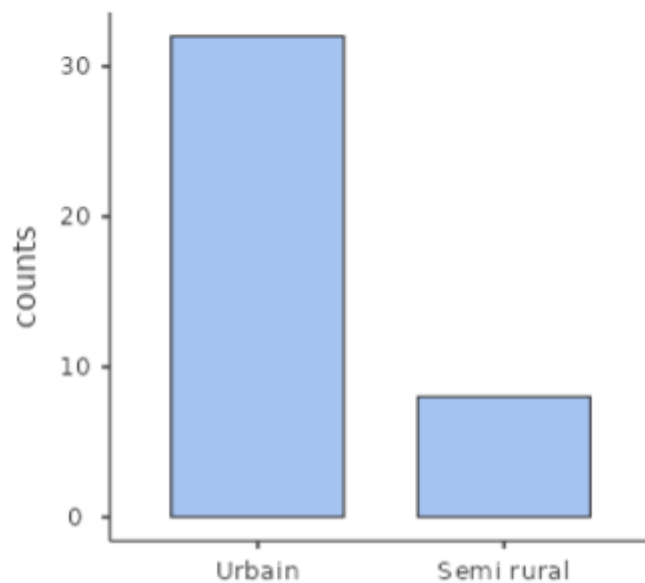
## Frequencies

Frequencies of Milieu d'exercice

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Urbain	32	80.0 %	80.0 %
Semi rural	8	20.0 %	100.0 %

## Plots

Milieu d'exercice



Une majorité importante, soit 80% de l'échantillon, exerce en milieu urbain et, 20% en milieu semi rural mais aucun médecin de l'échantillon ne travaille en milieu rural total.

**Fig 8.** Formation des participants sur le sujet

## Descriptives

Descriptives

Formation	
N	40

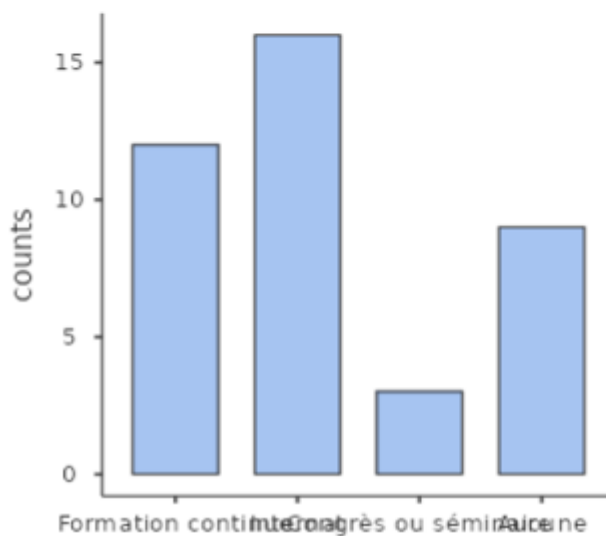
## Frequencies

Frequencies of Formation

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Formation continue	12	30.0 %	30.0 %
Internat	16	40.0 %	70.0 %
Congrès ou séminaire	3	7.5 %	77.5 %
Aucune	9	22.5 %	100.0 %

## Plots

Formation



Dans l'échantillon des participants, la plupart a reçu une formation sur le sujet durant l'internat (40%), et grâce à la formation continue (30%). Seulement 3 personnes (7.5%), ont fait la démarche active de participer à un congrès ou un séminaire sur le sujet. Presque un quart des participants avouent ne pas avoir du tout de formation sur le sujet, soit 22.5%.

## II. Habitude de pratique professionnelle

Fig 9. Fréquence de consultation d'enfants de moins de 6 ans

### Descriptives

Descriptives

Habitude de recevoir des enfants < 6 ans	
N	40
Minimum	2
Maximum	4

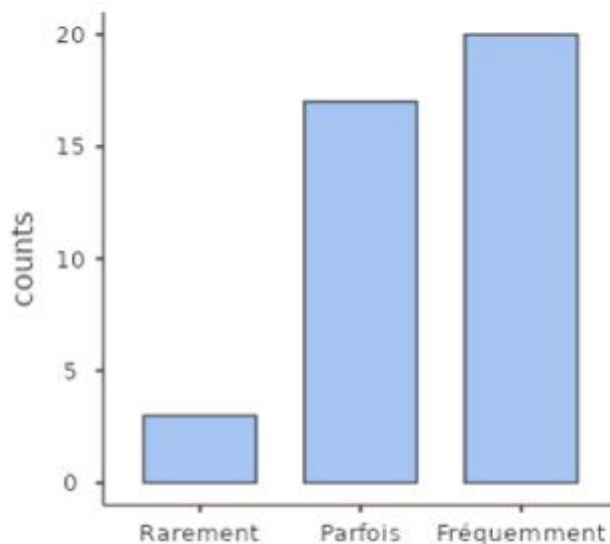
### Frequencies

Frequencies of Habitude de recevoir des enfants < 6 ans

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Rarement	3	7.5 %	7.5 %
Parfois	17	42.5 %	50.0 %
Fréquemment	20	50.0 %	100.0 %

### Plots

Habitude de recevoir des enfants < 6 ans



Une minorité des participants estime recevoir rarement des enfants de moins de 6 ans (pour 7.5%). La majorité reçoit parfois pour 42.5% et souvent pour 50%. Ces chiffres révèlent que les participants sont concernés en grande majorité dans leur pratique quotidienne par le sujet abordé du questionnaire.

**Fig 10.** Habitude d'orientation vers les orthophonistes pour suspicion de retard du langage

## Descriptives

Descriptives

Orientation orthophoniste	
N	40

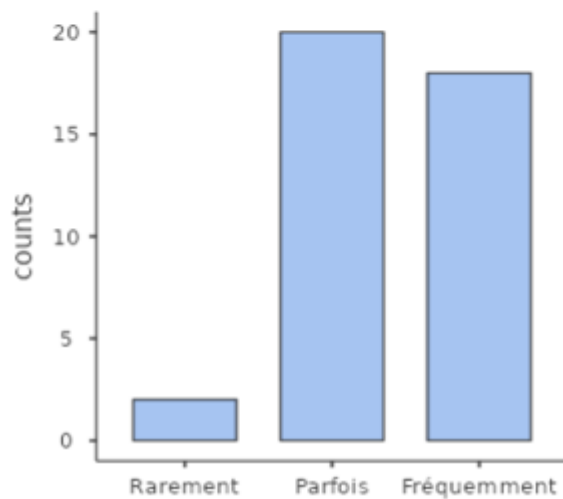
## Frequencies

Frequencies of Orientation orthophoniste

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Rarement	2	5.0 %	5.0 %
Parfois	20	50.0 %	55.0 %
Fréquemment	18	45.0 %	100.0 %

## Plots

Orientation orthophoniste



Seulement 2 personnes de l'échantillon envoient rarement les enfants vers les orthophonistes pour les suspicions de retard de langage dans leur pratique. Une grande majorité oriente de façon régulière (20 participants soit 50%), voire de façon fréquente (18 participants soit 4%).

**Fig 11.** Recherche active des troubles de l'acquisition du langage oral

## Descriptives

Descriptives

Recherche de signes de retard	
N	40
Mode	1.00

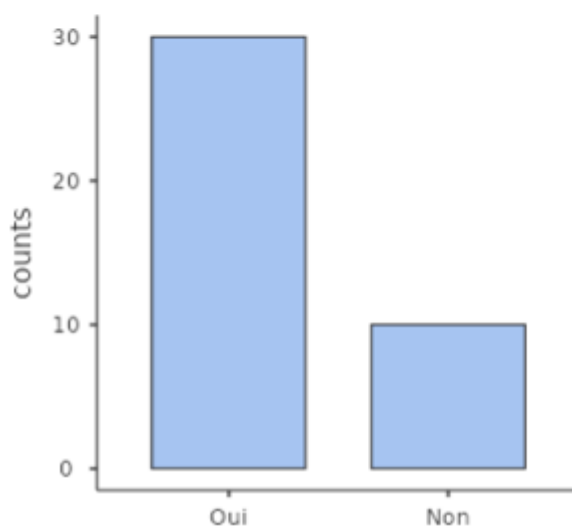
## Frequencies

Frequencies of Recherche de signes de retard

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	30	75.0 %	75.0 %
Non	10	25.0 %	100.0 %

## Plots

Recherche de signes de retard



Il est intéressant de voir que près de 30 participants, soit les trois quarts de l'échantillon, considèrent rechercher activement les signes de retard de l'acquisition du langage.

Il convient tout de même d'observer qu'un médecin sur quatre ne recherche jamais activement des signes de retard auprès des enfants.

**Fig 12.** Age du début de dépistage

## Descriptives

Descriptives

Âge début de dépistage	
N	30
Mean	1.77
Median	2.00
Minimum	1
Maximum	4

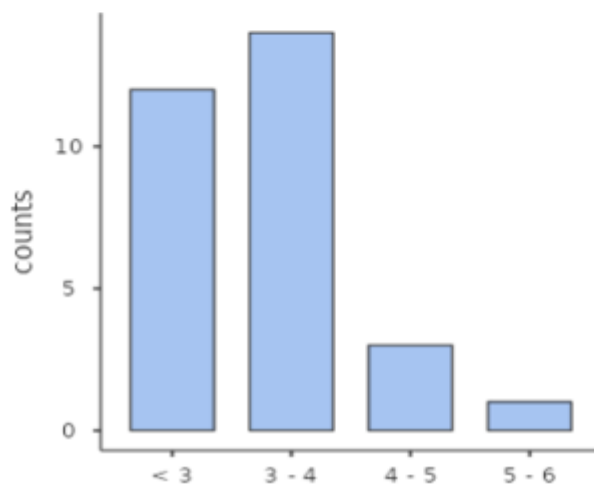
## Frequencies

Frequencies of Âge début de dépistage

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
< 3	12	40.0 %	40.0 %
3 - 4	14	46.7 %	86.7 %
4 - 5	3	10.0 %	96.7 %
5 - 6	1	3.3 %	100.0 %

## Plots

Âge début de dépistage



Pour les 30 personnes ayant répondu positivement, le questionnaire demandait de préciser l'âge du début de la recherche des retards de l'acquisition du langage. Une majorité des participants recherchent activement des signes de retard de façon précoce avec 12 praticiens (40%), avant l'âge de 3 ans et une autre majorité de 14 praticiens (46.7%), entre 3 et 4 ans. Ce qui permet de dire que, sur les participants au questionnaire, presque 9 médecins généralistes interrogés sur 10 (86.7%), faisant de la recherche active de retard de l'acquisition du langage, le font avant l'âge de 4 ans.



Une minorité de 3 participants soit 10% le font après l'âge de 4 ans et 1 seul participant le fait à partir de 5 ans.

Ces chiffres sont plutôt rassurants. En effet, dans cet échantillon, une majorité de praticiens (75%), recherchent activement les signes de retard de langage et ce, précocement, avant 4 ans.

**Fig 13.** Considération pour les plaintes des parents

## Descriptives

Descriptives

Considération plainte des parents	
N	40
Mean	1.05
Median	1.00

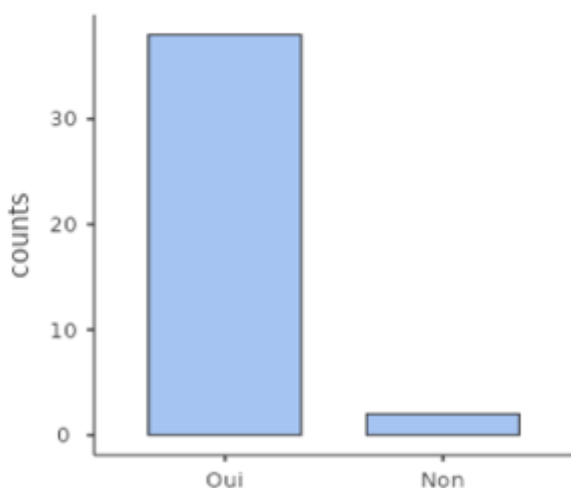
## Frequencies

Frequencies of Considération plainte des parents

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	38	95.0 %	95.0 %
Non	2	5.0 %	100.0 %

## Plots

Considération plainte des parents



Une très large majorité de 95%, soit 38 médecins sur l'échantillon de 40, prennent en considération les plaintes des parents concernant le langage de leur enfant. Seulement 2 médecins ne le font pas. Ce chiffre pointe que les médecins, y compris ceux qui ne cherchent

pas activement des signes de retard de l'acquisition du langage oral, prennent tout de même en considération les plaintes des parents.

Ce chiffre est encourageant, tant on sait par l'étude de l'utilité des plaintes des parents qui sont les premiers acteurs de la surveillance du développement oral des enfants (23).

**Fig 14.** Orientation chez orthophoniste pour les enfants suspects

## Descriptives

Descriptives

Orientation Orthophoniste chez enfants suspects	
N	40
Mode	5.00
Minimum	1
Maximum	5

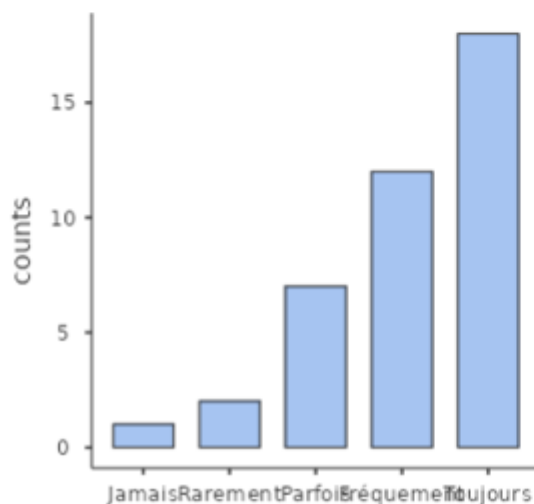
## Frequencies

Frequencies of Orientation Orthophoniste chez enfants suspects

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Jamais	1	2.5 %	2.5 %
Rarement	2	5.0 %	7.5 %
Parfois	7	17.5 %	25.0 %
Fréquemment	12	30.0 %	55.0 %
Toujours	18	45.0 %	100.0 %

## Plots

Orientation Orthophoniste chez enfants suspects



Le questionnaire s'est penché sur l'orientation auprès des orthophonistes pour les enfants suspects de trouble de l'acquisition du langage oral. Pour une majorité de l'échantillon d'étude, 18 médecins soit 45%, il est nécessaire d'envoyer de façon systématique chez un orthophoniste tout enfant suspect de retard de l'acquisition du langage oral.

12 participants soit 30% envoient de façon fréquente, contre 7 participants soit 17.5% qui envoient parfois. Enfin, une minorité oriente de façon rare avec seulement 2 médecins et 1 seul de l'échantillon absolument jamais les enfants suspects de retard de langage.

Ainsi 75% de l'échantillon collaborent au moins de façon fréquente avec les orthophonistes pour les enfants avec une suspicion de trouble de l'acquisition du langage oral.

Le gradient en augmentation des réponses montre qu'une globalité des médecins généralistes perçoit l'utilisation de l'orientation chez l'orthophoniste comme un outil utile pour les enfants suspects de retard du langage.

**Fig 15.** Age pour le début d'une prise en charge orthophonique

## Descriptives

Descriptives

Âge bénéfique de l'orthophonie	
N	40
Mean	2.15
Median	2.00
Minimum	1
Maximum	5

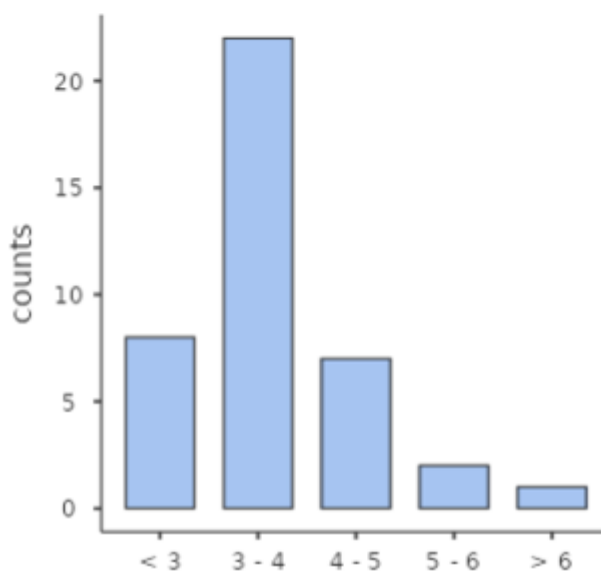
## Frequencies

Frequencies of Âge bénéfique de l'orthophonie

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
< 3	8	20.0 %	20.0 %
3 - 4	22	55.0 %	75.0 %
4 - 5	7	17.5 %	92.5 %
5 - 6	2	5.0 %	97.5 %
> 6	1	2.5 %	100.0 %

## Plots

Âge bénéfique de l'orthophonie



Le questionnaire s'est penché sur l'âge à partir duquel les médecins généralistes perçoivent une prise en charge orthophonique comme étant bénéfique pour les enfants suspects de troubles de l'acquisition du langage oral.

Une grande majorité de 22 participants soit 55% de l'échantillon a estimé qu'il était intéressant pour les enfants suspects de trouble de retard du langage à partir de l'âge de 3 ans. 8 participants soit 20% a estimé que l'intervention orthophonique avant 3 ans pouvait être bénéfique, 7 participants qu'elle l'était à partir de l'âge de 4 ans, 2 participants à partir de 5 ans et 1 seul participant après 6 ans.

### III. Connaissances sur les signes d'appel

Fig 16. Résultats des connaissances des signes d'appel

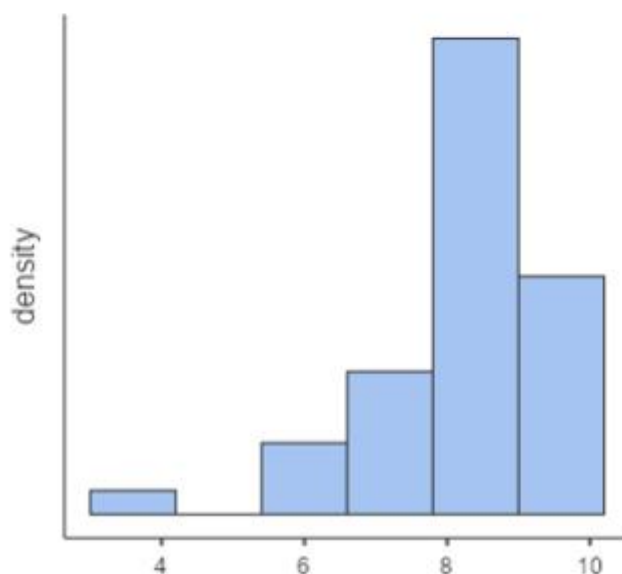
#### Descriptives

Descriptives	
Score Signes d'alerte	
N	40
Mean	8.35
95% CI mean lower bound	7.91
95% CI mean upper bound	8.79
Median	8.50
Mode	8.00*
Standard deviation	1.42
Variance	2.03
Range	6.00
Minimum	4.00
Maximum	10.0

\* More than one mode exists, only the first is reported

#### Plots

##### Score Signes d'alerte



Le questionnaire a présenté dans une série de 10 items les signes d'alerte qu'il faut connaître selon la HAS dans les recommandations de 2017 (26) afin de suspecter un trouble de l'acquisition du langage oral en fonction de différentes tranches d'âge, s'étalant de 18 mois à

5 ans. Cette série de questions visait à évaluer les connaissances des médecins généralistes sur ces signes d'alerte qui sont nécessaires pour pouvoir suspecter un retard de l'acquisition du langage oral en fonction de l'âge de l'enfant.

Sur les 40 personnes de l'échantillon, la note maximale sur 10 était de 10 et la note minimale de 4 sur 10, contenant l'intégralité des notes entre 4 et 10. La note moyenne est de 8.35 sur 10 pour une note médiane de 8.50. La variance de 2.03 et l'écart type de 1.42.

Ces scores illustrent que l'échantillon avait un niveau assez homogène avec peu de résultats aberrants.

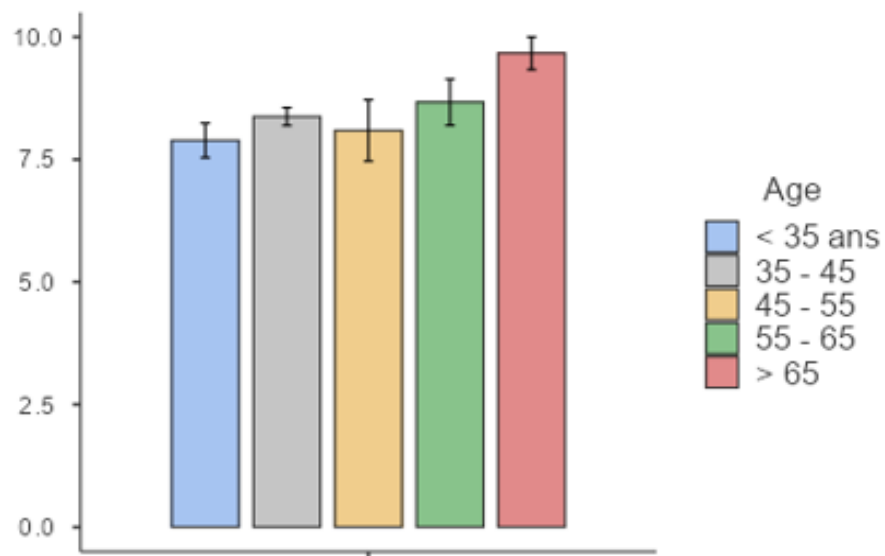
**Fig 17.** Score de connaissance des signes d'appels en fonction de l'âge

## Descriptives

Descriptives		
	Age	Score Signes d'alerte
Mean	< 35 ans	7.89
	35 - 45	8.38
	45 - 55	8.09
	55 - 65	8.67
	> 65	9.67

## Plots

**Score Signes d'alerte**



Il apparait que les moins de 35 ans ont obtenu la plus faible moyenne de 7.89, les 35 – 45 ans une moyenne de 8.38, les 45 – 55 ans une moyenne de 8.09, les 55 – 65 ans une moyenne de 8.67 et les plus âgés au-delà de 65 ans la meilleure moyenne à 9.67.



## IV. Connaissance et utilisation des tests de dépistage

Fig 18. Taux d'utilisation de test de dépistage

### Descriptives

Descriptives

Utilisation des tests de dépistage	
N	40
Median	1.00
Minimum	1
Maximum	5

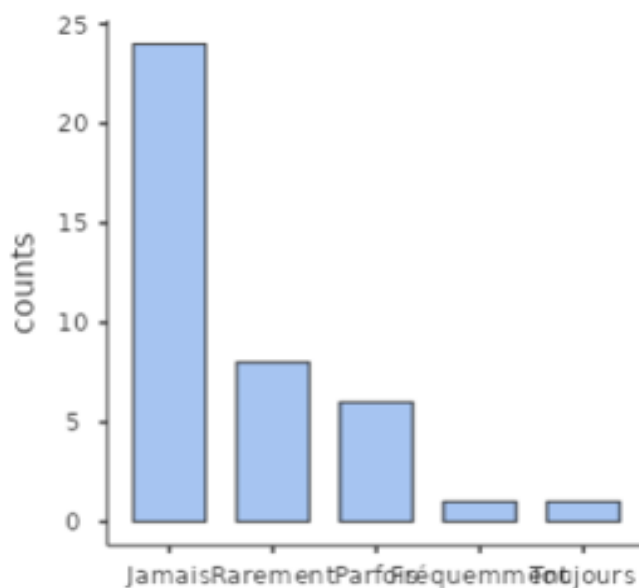
### Frequencies

Frequencies of Utilisation des tests de dépistage

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Jamais	24	60.0 %	60.0 %
Rarement	8	20.0 %	80.0 %
Parfois	6	15.0 %	95.0 %
Fréquemment	1	2.5 %	97.5 %
Toujours	1	2.5 %	100.0 %

### Plots

Utilisation des tests de dépistage



Cet item du questionnaire évaluait dans quelle mesure les médecins généralistes utilisaient les tests de dépistages recommandés par la HAS pour les suspicions de trouble de l'acquisition du langage oral.

Pour 24 médecins de l'échantillon sur 40 soit 60%, il apparaît qu'ils n'utilisent absolument jamais de tests de dépistage en cas de suspicion de trouble de l'acquisition du langage.

20% soit 8 médecins estiment utiliser rarement les tests. 6 médecins ont déclaré les utiliser parfois soit 15%, contre une seule personne ayant déclaré les utiliser fréquemment et une seule autre de façon systématique. Cela révèle que l'utilisation de ces tests est très loin d'être intégrée dans la pratique courante des médecins généralistes.

La suite du questionnaire visait à évaluer la connaissance des tests de dépistage recommandés par la HAS dans les recommandations de 2017 et leur fréquence d'utilisation.

## A. DPL3

Fig 19. Connaissance du test DPL3

### Descriptives

Descriptives

Connaissance du test DPL3	
N	40
Mode	2.00

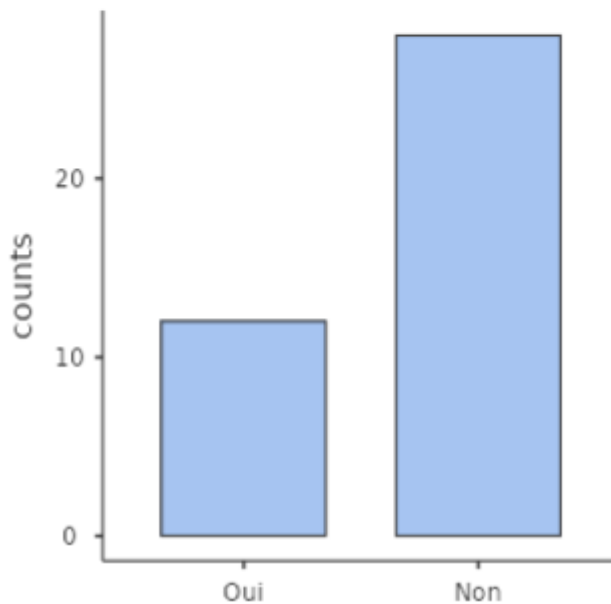
### Frequencies

Frequencies of Connaissance du test DPL3

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	12	30.0 %	30.0 %
Non	28	70.0 %	100.0 %

### Plots

Connaissance du test DPL3



Sur un échantillon de 40, 70% des médecins soit 28 participants ont déclaré ne pas connaître l'existence de ce test, contre 12 qui le connaissaient.

**Fig 20.** Utilisation du DPL3

### Descriptives

Descriptives

Utilisation du DPL3	
N	12

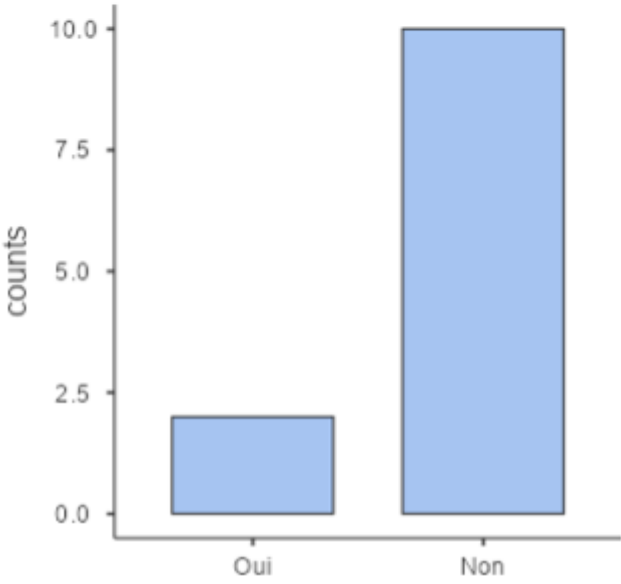
### Frequencies

Frequencies of Utilisation du DPL3

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	2	16.7 %	16.7 %
Non	10	83.3 %	100.0 %

### Plots

Utilisation du DPL3



Parmi ces 12 derniers médecins connaissant le test, seulement 2 médecins ont mentionné l'utiliser, ce qui fait un total de 16.6% de l'échantillon le faisant parmi les médecins connaissant le test et de 5% sur l'échantillon total de médecins (2 sur 40).

## B. ERTL4

Fig 21. Connaissance de l'ERTL4

### Descriptives

Descriptives

Connaissance de l'ERTL4	
N	40

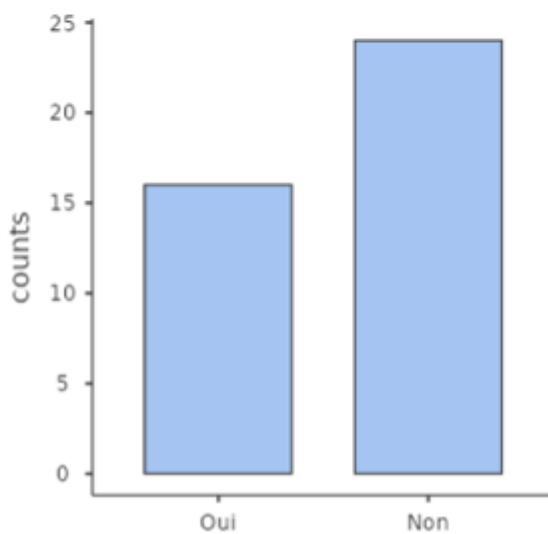
### Frequencies

Frequencies of Connaissance de l'ERTL4

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	16	40.0 %	40.0 %
Non	24	60.0 %	100.0 %

### Plots

Connaissance de l'ERTL4



40% de l'échantillon ont mentionné l'existence de ce test soit 16 médecins sur 40, et une majorité de 24 médecins soit 60% ne connaissait pas ce test.

Fig 22. Utilisation de l'ERTL4

### Descriptives

Descriptives

Utilisation de l'ERTL4	
N	16

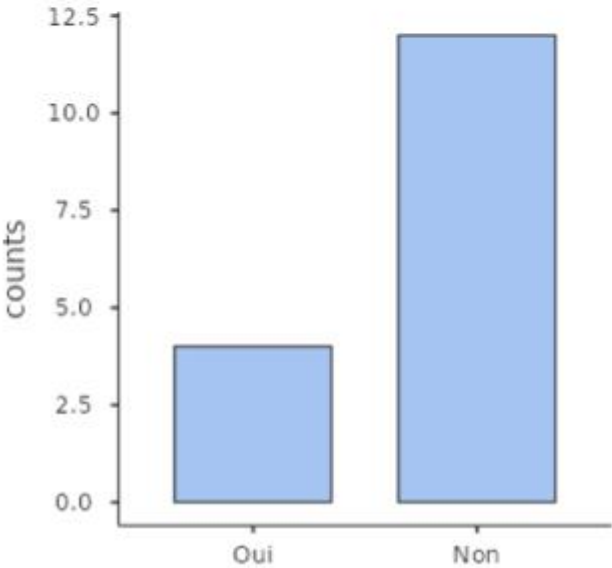
### Frequencies

Frequencies of Utilisation de l'ERTL4

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	4	25.0 %	25.0 %
Non	12	75.0 %	100.0 %

### Plots

Utilisation de l'ERTL4



Seulement 4 l'utilisent ce qui fait 1 médecin sur 4 parmi l'échantillon et 4 sur 40 dans l'échantillon total soit 1 sur 10 (10%).

## C. ERTLA6

Fig 23. Connaissance de l'ERTLA6

### Descriptives

Descriptives

Connaissance de l'ERTL A6	
N	40

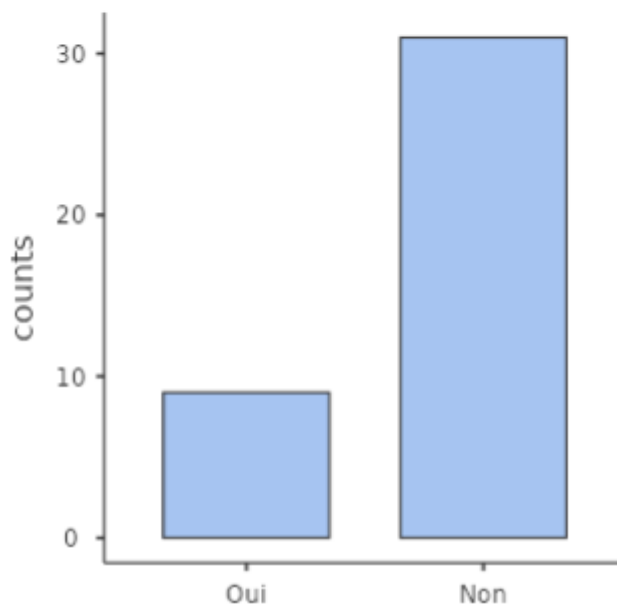
### Frequencies

Frequencies of Connaissance de l'ERTL A6

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	9	22.5 %	22.5 %
Non	31	77.5 %	100.0 %

### Plots

Connaissance de l'ERTL A6



Sur l'échantillon, 9 médecins sur les 40 connaissaient le test soit moins de 1 sur 4.

**Fig 24.** Utilisation de l'ERTLA6

## Descriptives

Descriptives

Utilisation de l'ERTL A6	
N	9

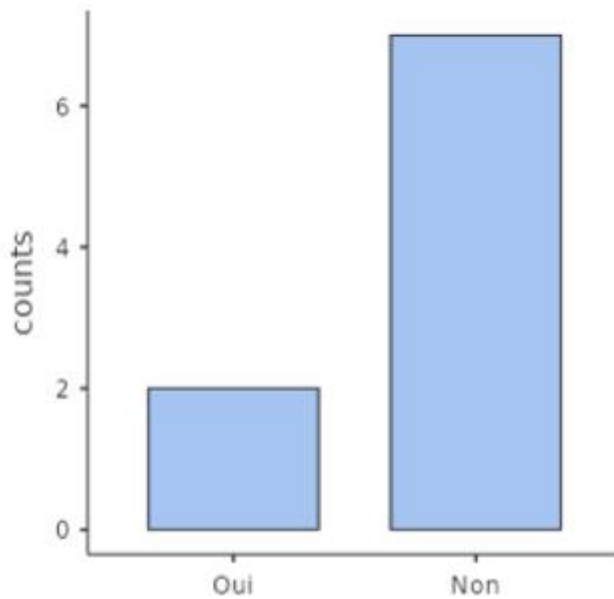
## Frequencies

Frequencies of Utilisation de l'ERTL A6

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	2	22.2 %	22.2 %
Non	7	77.8 %	100.0 %

## Plots

Utilisation de l'ERTL A6



Parmi les 9 médecins connaissant le test, 2 ont précisé qu'ils l'utilisaient, ce qui représente 5% de l'échantillon total.



**Fig 25.** Facteur Temps pour l'utilisation des tests de dépistage

## Descriptives

Descriptives

Pensez vous avoir le temps pour un test de dépistage	
N	40
Mode	2.00

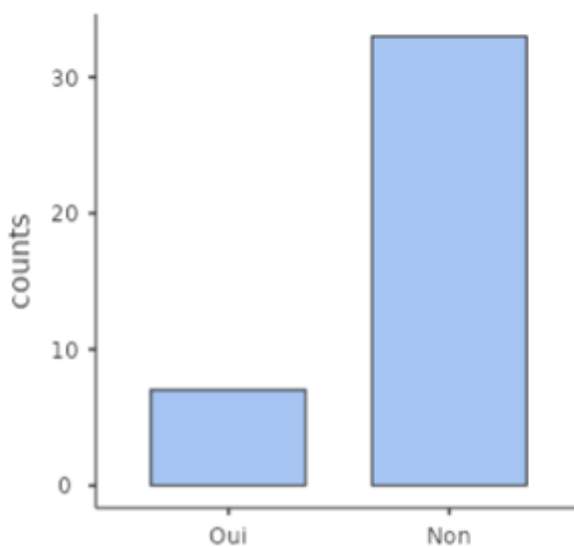
## Frequencies

Frequencies of Pensez vous avoir le temps pour un test de dépistage

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	7	17.5 %	17.5 %
Non	33	82.5 %	100.0 %

## Plots

Pensez vous avoir le temps pour un test de dépistage



Parmi les 40 médecins, 7 ont déclaré penser avoir le temps d'utiliser les tests de dépistage contre 33, soit 82.5% de l'échantillon, estimant ne pas avoir le temps de les utiliser.

## V. Avis et retour sur l'étude

Fig 26. Perception du sujet comme un enjeu de santé publique

### Descriptives

Descriptives

Perception enjeux de santé publique	
N	40

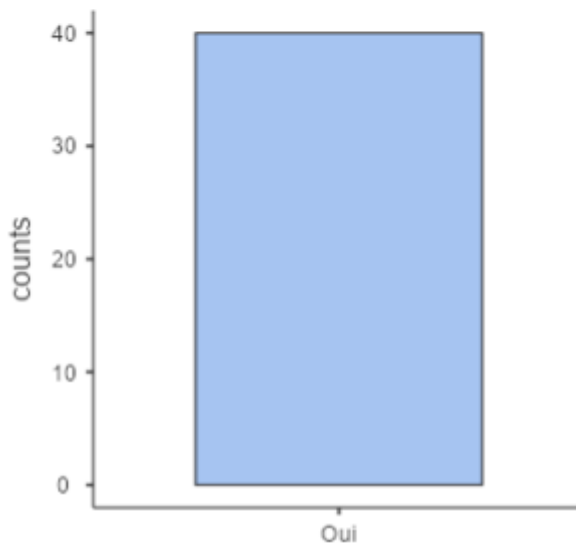
### Frequencies

Frequencies of Perception enjeux de santé publique

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	40	100.0 %	100.0 %

### Plots

Perception enjeux de santé publique



Parmi les 40 médecins de l'échantillon, tous ont estimé que le dépistage des troubles de l'acquisition du langage précoce était un sujet important de santé publique, soit 100% de l'échantillon.

**Fig 27.** Sensibilisation au sujet par le questionnaire

## Descriptives

Descriptives

Sensibilisation au sujet	
N	40
Mode	1.00

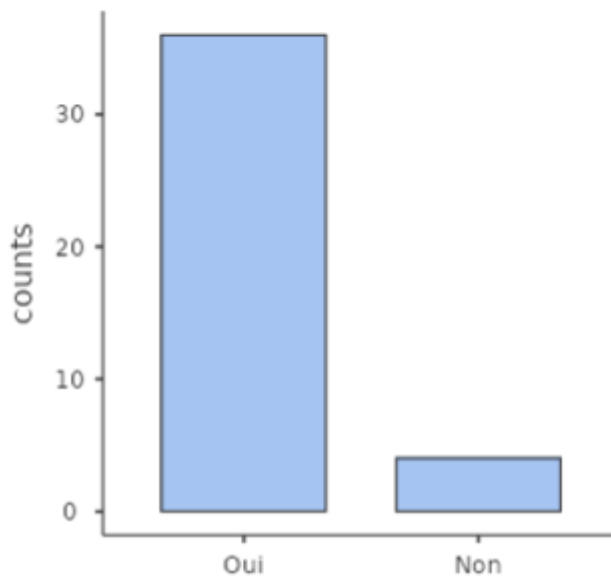
## Frequencies

Frequencies of Sensibilisation au sujet

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	36	90.0 %	90.0 %
Non	4	10.0 %	100.0 %

## Plots

**Sensibilisation au sujet**



Parmi les 40 médecins, 36 médecins pensent avoir été sensibilisés par le questionnaire, soit 90% de l'échantillon.

**Fig 28.** Ressenti sur la formation

## Descriptives

Descriptives

Sensation d'être suffisamment formé sur le sujet	
N	40
Mode	2.00

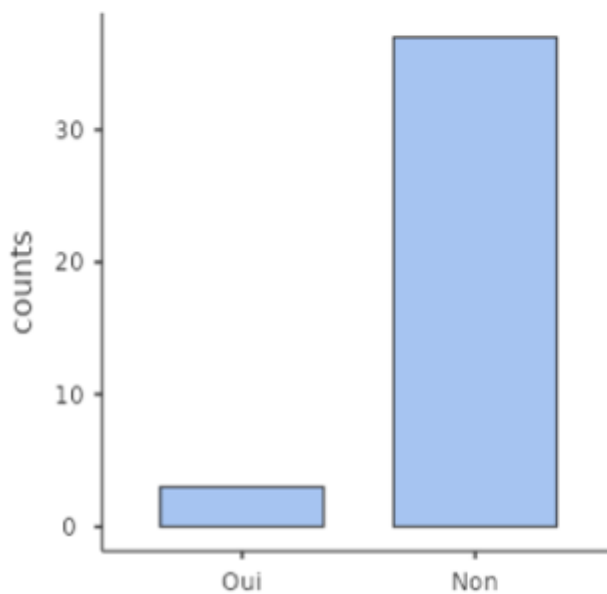
## Frequencies

Frequencies of Sensation d'être suffisamment formé sur le sujet

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	3	7.5 %	7.5 %
Non	37	92.5 %	100.0 %

## Plots

Sensation d'être suffisamment formé sur le sujet



37 médecins (92.5%), de l'échantillon ont la sensation de ne pas être suffisamment formés sur le sujet contre seulement 3 médecins déclarant l'être suffisamment.

**Fig 29.** Désir d'améliorer sa pratique

## Descriptives

Descriptives

Souhait d'améliorer sa pratique	
N	40

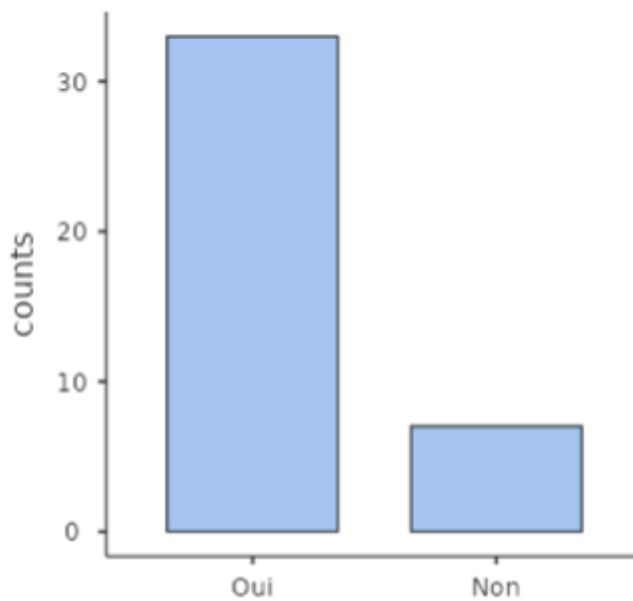
## Frequencies

Frequencies of Souhait d'améliorer sa pratique

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	33	82.5 %	82.5 %
Non	7	17.5 %	100.0 %

## Plots

**Souhait d'améliorer sa pratique**



33 médecins sur les 40 (82.5%), voudraient améliorer leur pratique dans ce sujet, contre 7 ne le désirant pas.

**Fig 30.** Désir de formation

## Descriptives

Descriptives

Désir d'avoir une formation	
N	40

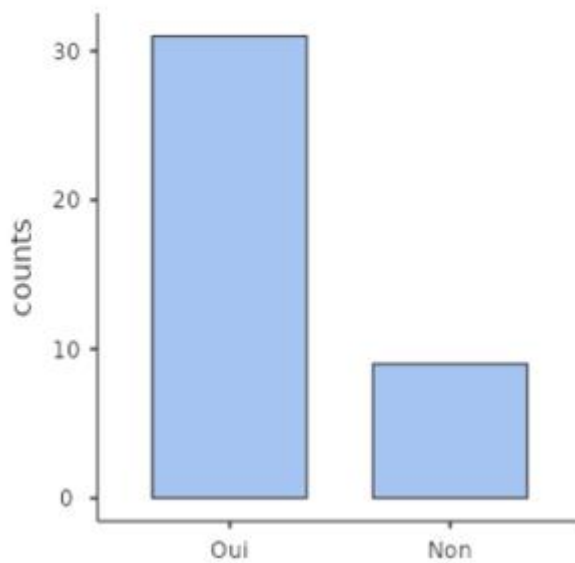
## Frequencies

Frequencies of Désir d'avoir une formation

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Oui	31	77.5 %	77.5 %
Non	9	22.5 %	100.0 %

## Plots

Désir d'avoir une formation



31 médecins sur les 40 (77.5%), aimeraient recevoir une formation, contre 9 médecins ne le désirant pas.

# DISCUSSION

## I. Discussion des résultats

Ce questionnaire montre que sur les 40 médecins généralistes installés qui ont participé dans les Alpes Maritimes au questionnaire, il y avait une majorité de femmes à 60% avec une participation relativement homogène de l'échantillon. Toutefois, on note une minorité de participants de plus de 65 ans pouvant s'expliquer par un plus faible taux d'installation à cet âge et une moins bonne maîtrise du support en ligne. Il est intéressant de noter qu'il y a une forte proportion de femmes jeunes de moins de 45 ans dans l'échantillon, représentant 32.5% des participants. Ce constat est corrélé avec la féminisation de la profession documentée à de nombreuses reprises et illustrée dans l'Atlas de Démographie Médicale de 2020 indiquant que 58% des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins sont des femmes. (Annexe 4).

Ce sont des médecins qui exercent en majorité dans un cabinet médical de groupe et en majorité à 80% en milieu urbain. Ce score peut s'expliquer par la densité plus importante de médecins sur les grandes villes dans le département. Les Alpes Maritimes étant un département parmi les plus urbanisés de France avec 95.3% de la population concentrée dans les zones urbaines (Annexe 5). Un échantillon qui a donc majoritairement accès aux orthophonistes. La zone urbaine côtière est très dotée voire sur-dotée d'après la carte de la répartition de la Fédération Nationale des Orthophonistes (Annexe 6).

Une large part de l'échantillon (85%) sont des parents. Peut-être ont-ils été plus intéressés par le sujet étant eux-mêmes concernés par le sujet dans la sphère privée.

Les médecins sont très majoritairement concernés par la thématique du questionnaire. En effet, ils reçoivent parfois ou fréquemment, pour 92.5% de l'échantillon, des enfants en âge préscolaire de moins de 6 ans. Ce chiffre pouvant expliquer leur participation au questionnaire mais également l'intérêt suscité pour le thème.

Il apparaît que, sur l'échantillon de 40 médecins, seulement 3 ont réalisés une formation active sur le sujet par le biais d'un congrès ou d'un séminaire. Une proportion sous-estimée de 22.5% au moins reconnaît ne pas avoir du tout de formation sur le sujet. En effet, la proposition « aucune » à la formation était absente au début de l'étude et a été ajoutée après la remarque d'un participant. Finalement 37 participants sur les 40 (92.5% de l'échantillon) n'a pas eu l'opportunité ou fait la démarche d'une formation spécifique sur le sujet ce qui démontre une certaine lacune en termes de formation ou d'offre de formation sur le sujet. Ce chiffre est renforcé par la sensation pour 92.5% de l'échantillon de ne pas être suffisamment formés sur cette thématique.

Concernant la pratique des médecins généralistes inclus dans l'enquête, une majorité de 95% de l'échantillon fait appel de façon régulière ou fréquente aux orthophonistes dans leur pratique. Ce chiffre est rassurant, mais est à recontextualiser avec l'échantillon majoritairement en milieu urbain avec un accès facilité.

Il aurait été intéressant d'avoir des médecins en milieu rural afin de comparer et éventuellement observer une différence significative de pratique.

Il est à noter que seulement 45% des médecins de l'échantillon orientent les enfants suspects de trouble de l'acquisition du langage de façon systématique chez l'orthophoniste. Ceci reste insuffisant. Plus d'un praticien sur deux (55%) estime qu'il est intéressant de débiter une prise en charge chez l'orthophoniste pour les enfants entre l'âge de 3 et 4 ans. Ce score élevé peut s'expliquer du fait que les enfants soient perçus plus réceptifs à un âge plus avancé d'au moins 3 ans. Finalement seulement 8 participants (20%) avaient la bonne réponse recommandée par la HAS qui préconise de commencer à partir de 24 mois l'orientation chez l'orthophoniste si nécessaire pour un bilan (26).

75% de l'échantillon déclarent rechercher de façon active des signes de retard de l'acquisition du langage oral. Parmi cette catégorie, une majorité de 86.7% recherche des signes avant l'âge de 4 ans et pour 40% avant l'âge de 3 ans. Chiffre à mettre en relation avec la HAS qui préconise un repérage des signes d'appel de retard d'acquisition du langage à partir de 18 mois (26). Il apparaît donc pour 60% de l'échantillon une lacune dans la pratique concernant l'âge du début de repérage.

Ce chiffre révèle également que tout de même 25% des médecins généralistes ne dépistent pas de façon active les retards de l'acquisition du langage, ce chiffre est en discordance avec le fait que 100% des médecins estiment que cette thématique est un enjeu majeur de santé publique.

En recoupant le fait que ce questionnaire ait permis grandement de sensibiliser sur le sujet à 90% par la simple évocation de la thématique. Cela peut faire penser à un manque d'exposition médiatique du sujet mais également indiquer que la part de médecins ne réalisant pas de dépistage peut être un simple oubli sur un manque de sensibilisation au sujet.

Une majorité de 95% des interrogés déclare prendre en considération les plaintes des parents. Chiffre rassurant devant l'étude qui prouve la corrélation entre l'avis des parents et les résultats aux tests de dépistage (23). Ce score élevé peut également être associé au fait que 85% des médecins de l'échantillon sont eux-mêmes parents.

L'étude cherchait à évaluer les connaissances des médecins généralistes concernant les signes d'appel devant alerter et, il apparaît que sur les 10 items préconisés par la HAS, la moyenne est haute avec un score de 8.35 sur le total de l'échantillon. Il est intéressant de



constater que la note moyenne la plus faible est retrouvée chez la catégorie des médecins les plus jeunes de moins de 35 ans sensés pourtant être les plus fraîchement formés. Ce résultat peut indiquer un manque de formation sur le sujet au cours du cursus.

Cette moyenne élevée de l'échantillon est à recouper avec le fait que les médecins n'aient pas eu, pour une majorité de 92.5%, de formation active sur le thème. Il est donc fort probable que ces signes d'alerte soient issus de l'expérience personnelle, information validée dans notre échantillon avec la moyenne la plus élevée dans la catégorie des médecins de plus de 65 ans.

L'étude a révélé une forte méconnaissance de l'existence des tests de dépistage : 70% pour le DPL3, 60% pour le ERTL4 et 77.5% pour le ERTL A6. Parmi la minorité de médecins connaissant ces tests, une très faible part d'entre eux les utilise. Ce qui revient sur l'échantillon total à 5% pour le DPL3, 10% pour l'ERTL4 et 5% pour l'ERTL A6. Parmi les hypothèses sur la praticabilité des tests, le facteur temps a été demandé et il s'avère qu'il est un frein majeur à leur utilisation pour 82.7% des participants. Ces tests ont été réalisés à la base par la HAS et sont censés être praticables lors d'une consultation avec un temps d'exécution contenu : quelques minutes à 30 minutes pour le DPL3, 5 minutes pour l'ERTL4 et 20 minutes pour l'ERTLA6 (27).

Pour 90% de l'échantillon, la participation au questionnaire a permis une sensibilisation au sujet en mettant en lumière la thématique. Ce résultat corrélé à la faible connaissance des tests peut faire évoquer un manque de communication ou d'exposition de cette thématique dans les formations proposées pour les médecins généralistes.

L'étude a pointé un besoin de formation ressenti auprès de la profession. Ce besoin s'illustre par la perception pour l'intégralité de l'échantillon de l'importance de la thématique comme enjeu de santé publique avec une forte proportion de 92.5% des participants qui ont déclarés ne pas avoir la sensation d'être suffisamment formés sur le sujet. 82.5% souhaiteraient améliorer activement leur pratique et 77.5% de l'échantillon aimeraient le faire au moyen d'une formation sur cette thématique.

## **II. Discussion de la méthode**

La constitution de l'échantillon a été réalisée de façon aléatoire parmi la population des médecins généralistes libéraux installés dans les Alpes Maritimes. Afin de majorer le nombre de participants, des médecins ayant contacté la faculté de médecine en vue d'une recherche de remplaçant et correspondant aux critères d'inclusion ont été ajoutés. Des médecins possédant une adresse électronique MS SANTE ont également été sollicités. Le taux de

participation obtenu sur le nombre de questionnaires envoyés était de 14%. Ce résultat reste plutôt faible.

L'étude s'est présentée sous forme d'un questionnaire anonyme, cette méthode étant la plus adaptée pour obtenir des réponses sincères de la part des médecins généralistes participants.

Le taux d'achèvement du questionnaire était de 95%.

Il s'agissait d'un questionnaire sur un modèle participatif libre et volontaire, il est possible que cela ait induit un biais de sélection de l'échantillon par un intérêt personnel pour le sujet pouvant surévaluer les connaissances, l'appétence pour le sujet et un besoin ressenti de formation.

Pour répondre à l'étude, il était nécessaire d'avoir une connexion internet et d'être suffisamment à l'aise avec un questionnaire en ligne. Ceci a pu léser la participation de la tranche d'âge des médecins les plus âgés étant moins à l'aise avec les supports informatiques au vu des résultats de l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques publiée en 2020. Elle révèle que près de 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans utilisent le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie de santé sécurisé contre seulement 48% des plus de 60 ans (28).

L'étude a écarté les médecins généralistes remplaçants alors qu'ils sont eux aussi confrontés à voir de façon régulière des enfants en bas âge et sont donc concernés par cet enjeu de santé publique ce qui peut constituer une faiblesse pour l'étude. Les médecins remplaçants représentent 27.9% des médecins nouvellement inscrits au conseil de l'ordre sur les Alpes Maritimes d'après l'Atlas de Démographie Médicale de 2021 fait par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (Annexe 7).

En revanche, l'exclusion des médecins pratiquant une médecine éloignée des champs classiques de la médecine générale ne constitue pas réellement une faiblesse car ils sont, de fait, peu concernés dans leur pratique par le suivi pédiatrique.

La question A7 a été modifiée en cours d'étude (le 19/07/2021), ce qui présente une faiblesse. Les premiers questionnaires n'avaient pas la réponse « aucune » dans l'item A7 concernant la formation sur le sujet. Le questionnaire a été modifié à la suite d'une remarque d'un participant. On peut donc certainement en conclure la prépondérance biaisée des réponses « formation continue » et « internat » jusqu'à l'ajout de la réponse « aucune ». La réponse de la formation par « congrès ou séminaire » n'a pas été impactée car il s'agit ici d'une démarche active.

L'échantillon révèle qu'aucun médecin exerçant dans un environnement totalement rural n'y a répondu. Il aurait été intéressant d'avoir des représentants de cette médecine, d'autant que

l'accès aux orthophonistes y est moins doté d'après la carte de la Fédération Nationale des Orthophonistes concernant le zonage de la région Provence Alpes Côte d'Azur (Annexe 6). Cela aurait permis d'observer une éventuelle disparité entre les environnements d'exercice sur cet enjeu.

Dans les questions A5, B1, B5 et B8 les réponses proposées entre « Rarement », « Parfois » et « Fréquemment » sont des nuances qui restent du domaine du subjectif et propres à chacun. Cela peut éventuellement partiellement biaiser les résultats. Néanmoins, il apparaît que l'utilisation d'une fréquence chiffrée aurait été également partiellement entachée par un biais de mémoire possible.

Il aurait été intéressant au vu des résultats de l'étude de laisser un espace ouvert et orienté pour demander les freins ressentis à l'utilisation des tests de dépistage.

Toutefois, mon étude permet d'obtenir une évaluation sur les deux principaux axes de bonne pratique recommandés par la HAS : la connaissance des signes d'alerte sur les retards d'acquisition du langage oral et la connaissance des tests et leur utilisation dans la pratique habituelle.

### **III. Conclusion et perspective**

Le trouble de l'acquisition du langage oral apparaît comme étant un enjeu de santé publique majeur au vu des répercussions à court terme sur l'acquisition du langage écrit, et à plus long terme avec des conséquences socioprofessionnelles pouvant parfois être lourdes. Parmi les différents acteurs nécessaires au dépistage précoce, le médecin généraliste apparaît comme étant un acteur essentiel et en première ligne du fait de son rôle de suivi pédiatrique, mais également de son rôle de coordination entre les différents acteurs. Il fait souvent le lien entre les parents, les enseignants et les orthophonistes. Ce rôle est de nouveau mis en avant lors des recommandations de l'HAS en 2017.

Il existe une lacune dans la pratique des médecins généralistes de l'échantillon. En effet, une collaboration orthophonique pour la réalisation des bilans des troubles de l'acquisition du langage oral est encore insuffisamment systématique. De plus, il apparaît globalement une méconnaissance sur l'âge optimal bénéfique pour débiter une prise en charge orthophonique. Ces résultats sont à mettre en corrélation avec un niveau de formation insuffisant sur le sujet.

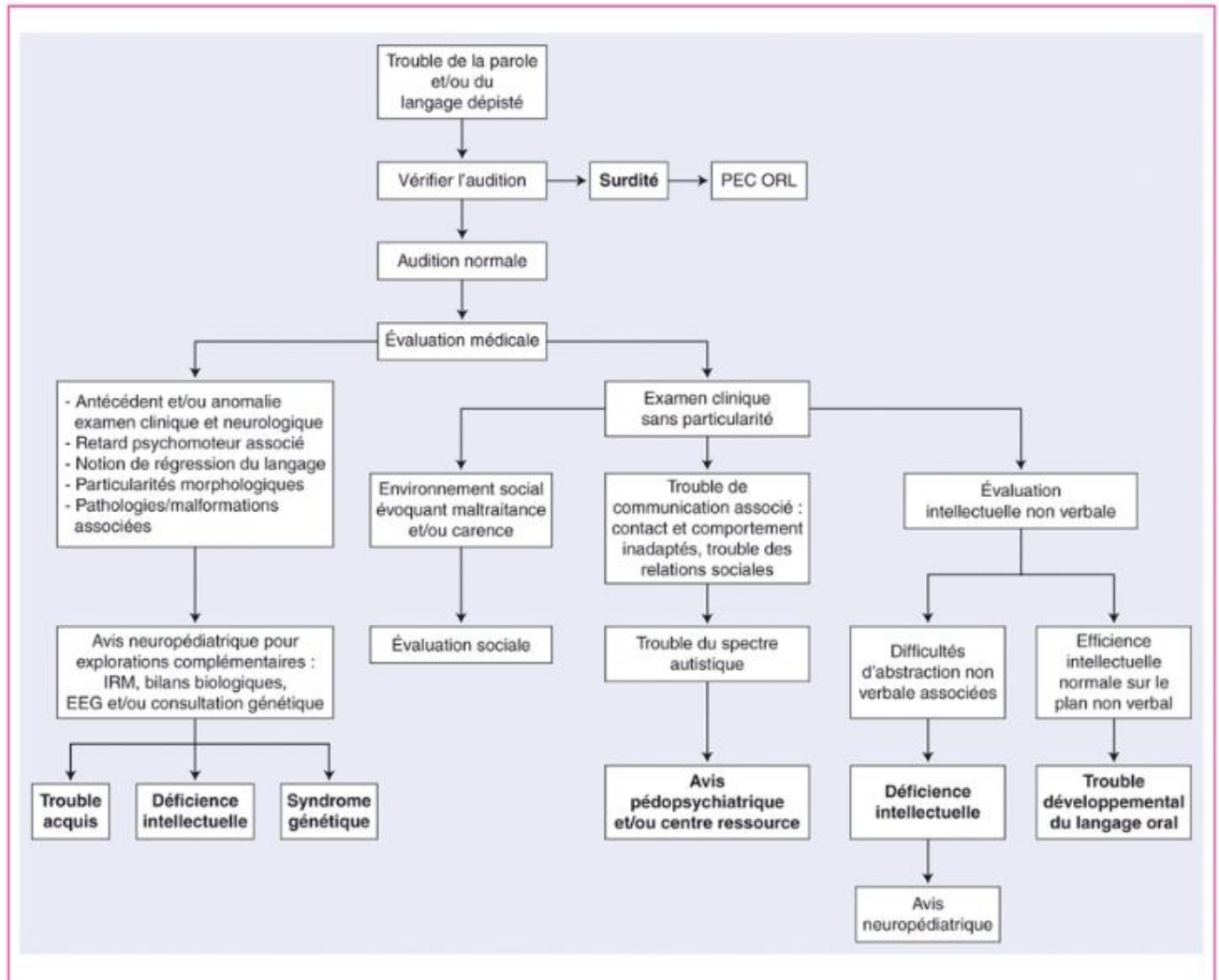
Bien que les médecins maîtrisent les signes d'alerte dans l'ensemble, il apparaît qu'il y ait une large méconnaissance de l'existence des tests de dépistage et une utilisation bien trop rare de ces derniers. Le facteur temps est un critère qui semble être un frein important à leur

réalisation. Il serait intéressant de faire une étude sur la praticabilité réelle de ces tests, sur le ressenti des professionnels concernant les outils existants et éventuellement d'entrouvrir selon les retours l'élaboration d'autres moyens ressentis comme plus adaptés. Une autre solution pour mettre en avant ces tests dont la valeur a été documentée, pourrait être également d'introduire une cotation spécifique pour ces derniers car le temps mobilisé mériterait certainement une revalorisation de l'acte et, de cette façon permettrait de recoller à la réalité économique d'un cabinet libéral. Cela encouragerait probablement la réalisation de ces tests.

Cette étude a permis d'observer que cette problématique est perçue par les médecins généralistes comme étant un enjeu de santé publique majeur. Elle a permis, en évoquant le sujet, de sensibiliser les professionnels répondants sur cette thématique (90 % de l'échantillon). Ce score élevé pointe un manque de sensibilisation sur le sujet auprès de la profession. Elle est certainement à mettre en lien avec un manque de formation. Ce constat est confirmé par le manque de formations réalisées activement au sein de l'échantillon et renforcé par le sentiment important de lacune. Cela reflète un désir fort d'avoir une formation sur cette thématique. Il apparaîtrait ainsi intéressant de proposer une formation auprès des professionnels au vu de la demande tout en encourageant une campagne de sensibilisation et une revalorisation de l'acte de dépistage pour remettre le sujet à la hauteur de son ambition en santé publique.

# ANNEXE

## Annexe 1



**Arbre décisionnel. Démarche diagnostique devant un trouble du langage oral.**

P. Colas, S. Ruiz, F. Delteil Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. Journal de pédiatrie et de puériculture 34 (2021) 68—77

## Annexe 2



### \* FICHE PRATIQUE 3 : LES TESTS

## Les recommandations de la commission d'experts

La commission d'experts chargée d'élaborer au niveau national des 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<sup>5</sup>, l'utilisation, par le médecin de famille, de tests adaptés à sa pratique médicale et au temps disponible pour chaque enfant.

On peut classer ces tests en fonction de l'âge de passation.

### Entre 3 et 4 ans

#### **DPL 3** Dépistage et Prévention Langage à 3 ans

- **Auteurs** : F. Coquet et al.
- **Âges concernés** : 3 ans ; 3 ans 6 mois
- Conçu pour les enseignants, il peut être utilisé en médecine de ville. Il s'agit d'un questionnaire comportant dix questions portant sur le développement langagier de l'enfant
- **Durée de passation** : de quelques minutes à 30 minutes, selon l'enfant.

#### **QLC** Questionnaire "Langage et Comportement"

- **Auteur** : C. Chevie-Muller
- **Âges concernés** : 3 ans 6 mois ; 3 ans 9 mois
- C'est un test conçu pour les enseignants, nécessitant une bonne connaissance et une observation prolongée de l'enfant
- **Durée de passation** : de 30 à 60 minutes.

### Autour de 4 ans

#### **ERTL4** Épreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans version III

- **Auteurs** : B. Roy et al.
- **Âges concernés** : 3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois
- Outil conçu pour les médecins, qui permet d'être intégré à une consultation médicale
- Simple de présentation et cotation
- **Durée de passation** : 5 minutes.

DPL3 : <http://www.orthoedition.com> (téléchargement payant)

QLC : <http://www.ecpa.fr> (téléchargement payant)

ERTL4 : <http://www.com-medic.com> (téléchargement payant)

5. Téléchargeable sur le site du ministère [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) rubrique "Langage".

## À l'entrée en CP

**BSEDS** Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité (version 3)

- **Auteurs** : M. Zorman et al.
- **Âges concernés** : 5-6 ans
- Conçu pour les enseignants, les psychologues scolaires, les médecins scolaires. Il s'appuie sur des connaissances cliniques et scientifiques, est très centré sur le langage oral et les compétences sous-jacentes à l'apprentissage du langage écrit
- **Durée de passation** : 1 heure (correction comprise)
- **Commentaires** :
  - les différentes épreuves sont validées indépendamment les unes des autres pour analyser diverses composantes du langage et pour orienter la prise en charge de l'enfant
  - nécessite une formation préalable et est un peu long de passation.

**ERTLA6** Épreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans

- **Auteurs** : B. Roy et al.
- **Âges concernés** : grande section de maternelle et premier trimestre de CP
- Conçu pour les médecins
- **Durée de passation** : 20 minutes
- **Commentaires** :
  - facile de passation et ludique, il est d'interprétation simple
  - test global d'évaluation qui ne donne pas d'indication sur l'origine précise des troubles.

## Entre 4 et 9 ans

**BREV** Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives

- **Auteurs** : C. Billard et al.
- **Âges concernés** : 4-9 ans
- Conçu pour les médecins
- Outil neuropsychologique, clinique, de première intention, dont la passation dure 30 minutes
- Explore le langage oral, les fonctions cognitives non verbales, l'attention, la mémoire, les apprentissages scolaires
- **Commentaires** :
  - permet une première approche neuropsychologique des difficultés d'un enfant
  - n'est pas conçu pour un repérage systématique des enfants "tout venant" et nécessite un minimum de formation et de connaissances pour son emploi.

BSEDS : <http://www.cognisciences.com> (téléchargement gratuit)

ERTLA6 : <http://www.com-medic.com> (téléchargement payant)

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

**Société française de pédiatrie. Ministère de la santé. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique. 2007.** [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette\\_troubles-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles-2.pdf)

## Annexe 3

### Questionnaire

#### **Partie A : Informations vous concernant**

##### **A1. Vous êtes :**

1. Un homme
1. Une femme

##### **A2. Quel est votre âge ?**

1. Moins de 35 ans
1. Entre 35 et 45 ans
2. Entre 45 et 55 ans
3. Entre 55 et 65 ans
4. Plus de 65 ans

##### **A3. Avez-vous des enfants ?**

1. Oui
1. Non

##### **A4. Quel est votre mode d'exercice ?**

1. Seul.e
1. Cabinet en groupe médical
2. Maison de santé pluriprofessionnelle

##### **A5. Avez-vous l'habitude de recevoir des enfants de moins de 6 ans en consultation ?**

1. Jamais
1. Rarement
2. Parfois
3. Fréquemment

##### **A6. Quel est le milieu dans lequel vous exercez ?**

1. Urbain
1. Semi Rural
2. Rural



**A7. Quelle est votre formation concernant le dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral chez les enfants ?**

1. DU
1. Formation continue
2. Internat
3. Congrès/séminaires
4. Aucune

**Partie B : Vos connaissances et pratiques concernant le dépistage des troubles du langage oral et la prise en charge orthophonique.**

**B1. De façon globale, avez-vous l'habitude d'adresser des patients chez des orthophonistes ?**

1. Jamais
1. Rarement
2. Parfois
3. Fréquemment

**B2. Dans votre pratique habituelle, recherchez-vous activement des signes d'appel de retard d'acquisition du langage oral chez les enfants ?**

1. Oui
1. Non

**B3. Si oui, à partir de quel âge ?**

1. Avant 3 ans
1. Entre 3 ans et 4 ans
2. Entre 4 et 5 ans
3. Entre 5 et 6 ans
4. Après 6 ans

**B4. Prenez-vous en considération les plaintes des parents concernant le langage oral de leur enfant pour réaliser systématiquement des tests de dépistages ou un bilan orthophonique ?**

1. Oui
1. Non

**B5. Orientez-vous les enfants suspects d'un retard de l'acquisition du langage oral chez l'orthophoniste ?**

1. Jamais
1. Rarement
2. Parfois
3. Fréquemment
4. Toujours

**B6. A partir de quel âge considérez-vous qu'une prise en charge orthophonique pour un retard de l'acquisition du langage puisse être bénéfique ?**

1. Avant 3 ans
1. Entre 3 ans et 4 ans
2. Entre 4 et 5 ans
3. Entre 5 et 6 ans
4. Après 6 ans

**Les signes d'appel**

**Quels sont les signes d'alerte de retard du langage en fonction de l'âge que vous connaissez ?**

**18 mois :**

**B7.1. Aucun mot signifiant.**

1. Oui
1. Non

**B7.2. Absence de babillage.**

1. Oui
1. Non

**24 mois :**

**B7.3. Langage très pauvre.**

1. Oui
1. Non

**B7.4. Pas d'association de mots.**

- 1. Oui
- 1. Non

**B7.5. N'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.).**

- 1. Oui
- 1. Non

**B7.6. Compréhension altérée.**

- 1. Oui
- 1. Non

**Entre 3 ans et 4 ans et demi :**

**B7.7. Pas de langage intelligible pour les personnes non proches (en dehors de la famille).**

- 1. Oui
- 1. Non

**B7.8. Pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet-verbe).**

- 1. Oui
- 1. Non

**B7.9. Compréhension altérée.**

- 1. Oui
- 1. Non

**Entre 4 ans et demi et 5 ans :**

**B7.10. Tout langage insuffisant même sans signe de gravité.**

- 1. Oui
- 1. Non

## Les tests de dépistage

**B8. Pratiquez-vous des tests de dépistage des troubles du langage oral chez les enfants de moins de 6 ans lorsque vous avez une suspicion de retard ?**

1. Jamais
1. Rarement
2. Parfois
3. Fréquemment
4. Toujours

**B9.1. Connaissez-vous le test DPL 3 ?**

1. Oui
1. Non

**B9.2. Si oui, le pratiquez-vous ?**

1. Oui
1. Non

**B9.3. Connaissez-vous le test ERTL 4 ?**

1. Oui
1. Non

**B9.4. Si oui, le pratiquez-vous ?**

1. Oui
1. Non

**B9.5. Connaissez-vous le test ERTL A6 ?**

1. Oui
1. Non

**B9.6. Si oui, le pratiquez-vous ?**

1. Oui
1. Non

**B10. Pensez-vous avoir suffisamment de temps pour faire un test de dépistage des troubles du langage oral lors d'une consultation ?**

- 1. Oui
- 1. Non

**Partie C : Votre retour**

**C1. Est-ce que le dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral vous semble être un enjeu de santé publique important ?**

- 1. Oui
- 1. Non

**C2. Ce questionnaire vous a-t-il sensibilisé sur le sujet ?**

- 1. Oui
- 1. Non

**C3. Pensez-vous être suffisamment formé sur le sujet ?**

- 1. Oui
- 1. Non

**C4. Aimeriez-vous améliorer ou modifier votre pratique concernant le sujet ?**

- 1. Oui
- 1. Non

**C5. Souhaiteriez-vous avoir une formation sur le sujet ?**

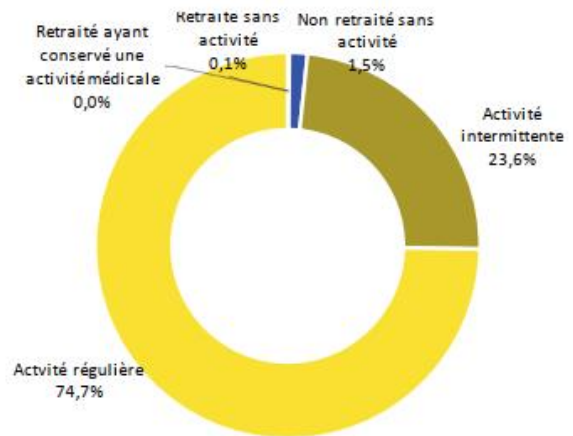
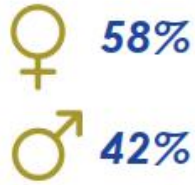
- 1. Oui
- 1. Non

**C6. Quels sont vos avis / retours ?**

## Annexe 4

8 266 nouveaux inscrits dont 6177 en activité régulière

+5.9% en un an



Atlas de Démographie Médicale 2021 du Conseil de l'Ordre des Médecins. Répartition des nouveaux inscrits au conseil de l'ordre des médecins en janvier 2021.

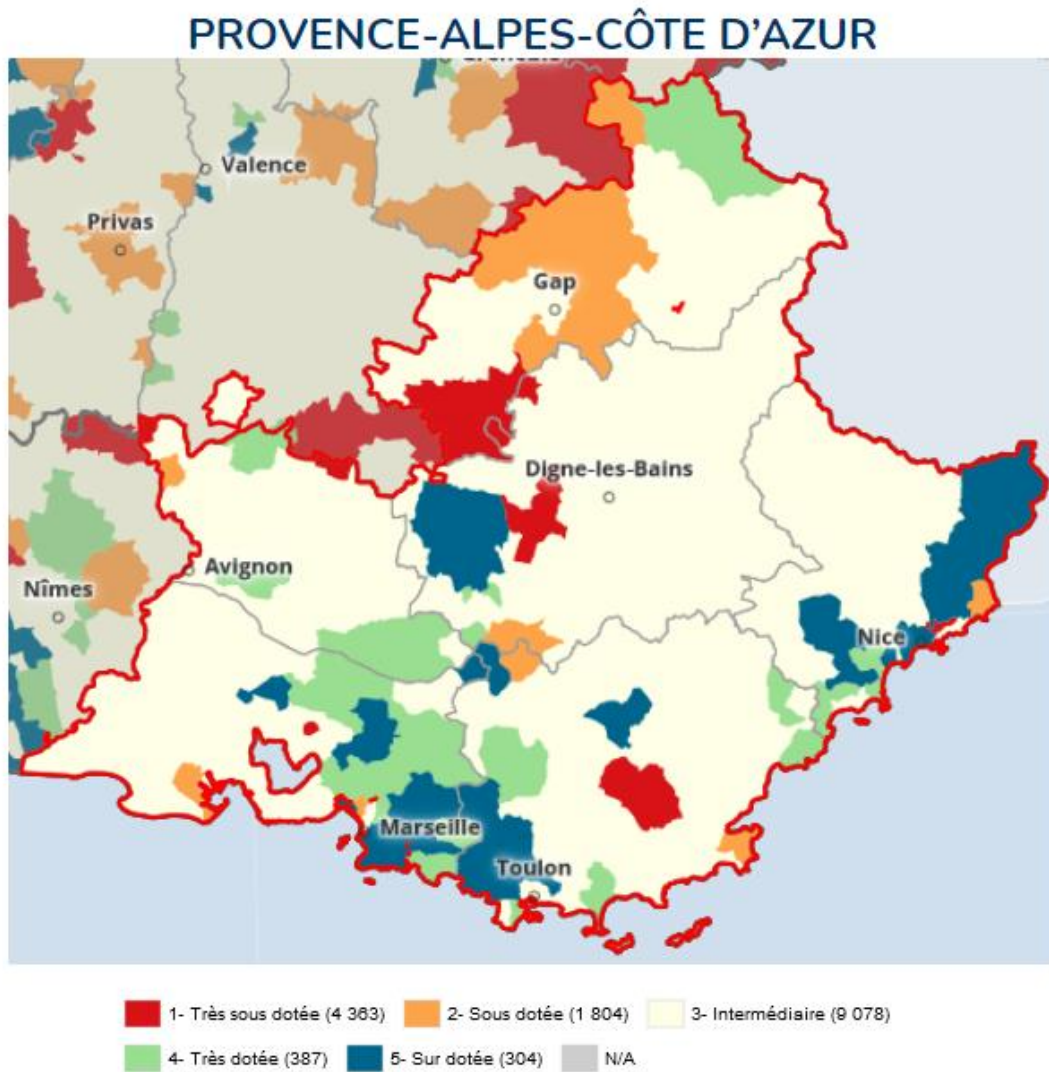
## Annexe 5

Alpes Maritimes	95,3
Val d'Oise	95,4
Bouches-du-Rhône	97,8
Hauts-de-Seine	100,0
Seine-Saint-Denis	100,0
Val-de-Marne	100,0

**Site officiel du Sénat. Travaux parlementaires. Rapport sur le Taux d'urbanisation.  
Annexe 2 . Octobre 2021.**

<https://www.senat.fr/rap/r03-040/r03-04023.html>

## Annexe 6



**Fédération Nationale des Orthophonistes. Carte du zonage de la dotation d'orthophoniste dans la région PACA. 2021.**



## Annexe 7

Region et departement	Libéral	Mixte	Remplaçant	Salarié
Liste spéciale	13,0%	2,2%	25,0%	59,8%
Etranger	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Normandie	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Calvados	12,6%	0,8%	25,0%	61,6%
Eure	7,6%	0,0%	35,1%	57,3%
Manche	19,2%	0,0%	11,5%	69,2%
Orne	19,1%	0,0%	10,6%	70,2%
Seine Maritime	52,9%	11,8%	0,0%	35,3%
Nouvelle-Aquitaine	9,7%	0,6%	25,7%	64,0%
Charente	14,2%	0,1%	26,6%	59,0%
Charente Maritime	47,6%	0,0%	14,3%	38,1%
Corrèze	14,9%	0,0%	36,2%	48,9%
Creuse	11,1%	0,0%	11,1%	77,8%
Deux-Sèvres	25,0%	0,0%	0,0%	75,0%
Dordogne	26,7%	0,0%	13,3%	60,0%
Gironde	19,0%	0,0%	33,3%	47,6%
Haute Vienne	9,4%	0,0%	30,3%	60,3%
Landes	6,3%	0,0%	25,4%	68,3%
Lot et Garonne	34,3%	0,0%	17,1%	48,6%
Pyrénées Atlantiques	20,0%	5,0%	20,0%	55,0%
Vienne	19,8%	0,0%	37,0%	43,2%
Occitanie	8,2%	0,0%	15,3%	76,5%
Ariège	12,5%	0,9%	45,7%	40,9%
Aude	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%
Aveyron	25,0%	4,2%	33,3%	37,5%
Gard	25,0%	0,0%	25,0%	50,0%
Gers	9,4%	0,0%	18,8%	71,9%
Haute Garonne	33,3%	0,0%	11,1%	55,6%
Hautes Pyrénées	10,4%	0,9%	40,7%	48,1%
Hérault	6,3%	0,0%	18,8%	75,0%
Lot	9,0%	0,0%	73,1%	17,9%
Lozère	42,9%	0,0%	14,3%	42,9%
Pyrénées Orientales	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%
Tarn	18,9%	2,7%	37,8%	40,5%
Tarn et Garonne	13,3%	6,7%	33,3%	46,7%
Pays-de-la-Loire	36,4%	0,0%	18,2%	45,5%
Loire Atlantique	13,8%	0,5%	25,9%	59,8%
Maine et Loire	8,9%	0,0%	30,2%	60,9%
Mayenne	11,8%	0,9%	26,4%	60,9%
Sarthe	35,0%	5,0%	15,0%	45,0%
Vendée	18,8%	0,0%	21,9%	59,4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25,5%	0,0%	15,7%	58,8%
Alpes Maritimes	12,7%	1,3%	27,9%	58,2%
Alpes-Hte-Provence	13,8%	0,0%	24,8%	61,4%

**Atlas de Démographie Médicale 2021 du Conseil de l'Ordre des Médecins. Répartition de l'activité des nouveaux inscrits.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Conti-Ramsden. Social Difficulties and Victimization in Children With SLI at 11 Years of Age. *JSLHR*. 2004 Fev ; 47(1):145-61.
2. Billard, C. Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant. Une contribution à la prévention de l'illettrisme. *Archives de Pédiatrie*. 2001 Jan ; 8(1):86-91.
3. Clegg, Ginsborg. Language and Social Disadvantage : Theory into Practice. 2006 Sep.
4. Vallée L, Dellatolas G. Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Paris : Plan triennal interministériel 2001-2004 Ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé. Rapport de la commission d'experts ; 2005 Oct 01.
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les troubles du langage et des apprentissages. 2018 Mar 05.
6. Gerard CL. Troubles affectant la communication orale. *Clinique des troubles des apprentissages* ; 2011 Oct ; :77-111.
7. Plaza M. Les troubles du langage de l'enfant. Hypothèses étiologiques spécifiques, perspective intégrative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence*. 2004 Oct ; 52 : 460-6.
8. Le Normard MT. Modèles psycholinguistiques du développement du langage. In : Chevrie-Muller C, Narbona J, editors. *Le langage de l'enfant*. Paris : Massons .1999 ; :28-43.
9. Delahaie M. L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble. 2009 Dec ; :20
10. Delahaie M. L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble. 2009 Dec ; :67-69
11. Rousseau D., Duverger P. L'hospitalisme à domicile. *Enfances et Psy*. 2011 ; 1(50):127-137
12. Billard. Troubles du langage oral, leur classification, troubles spécifiques du développement (« dysphasies »). In : B. Chabrol, J. Mancini, O. Dulac, G. Ponsot, M. Arthuis (Eds.), *Neurologie pédiatrique, Médecine-Sciences Flammarion*. 2010 ; :844-854
13. Wechsler D., Naglieri J. Échelle non verbale d'intelligence de Wechsler ECPA. 2009.
14. American Psychiatric Association. *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association, Washington, DC. 2013
15. Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. Rapport d'élaboration. 2013 Jul

16. S. Avenet., M.P. Lemaitre and L. Vallee. Troubles spécifiques du langage oral : spécificité et limites étiopathologiques. ANAE (n 129). 2014 mai ; :149-158
17. Organisme Mondial de la Santé. CIM 11. 2018
18. Rudolph JM. Case history risk factors for specific language impairment : a systematic review and meta analysis. Am J Speech Lang Pathol 2017 ; 3 :1-20.
19. M. Snowling, D.V. Bishop, S.E. Stothard. Is preschool language impairment a risk factor for dyslexia in adolescence? The Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2000 ; 41 :587-600
20. M. Snowling, D.V. Bishop, S.E. Stothard, B. Chipchase, C. Kaplan. Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech–language impairment. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006 Jun 09 ; 47 :759-765
21. S.G. Yew, R. O’Kearney. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments : meta-analyses of controlled prospective studies. The Journal Child Psychology and Psychiatry. 2013 ; 54 :516-524
22. Haute Autorité de Santé. Comment améliorer le parcours de santé d’un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? Les parcours de soins ; 2017
23. D.Callu. M.Jacquier-Roux. F.Cusin. I.Giannopulu. G.Dellatolas. Archives de Pédiatrie. 2003 Dec ; 10(12)1061-1067
24. Haute Autorité de Santé. Le rôle de l’enseignant. Parcours de santé d’un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. 2017 Dec.
25. Haute Autorité de Santé. Rôle du médecin de l’enfant intervenant dans le premier niveau de recours aux soins. Parcours de santé d’un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. 2017 Dec.
26. Haute Autorité de Santé. Signes d’alerte à l’intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre. 2017.
27. Coquet F., Gilles P.Y. Validité du DPL3 au regard de la BEPL. Glossa. 2004 ; 88 :20-34
28. Maeder C. Detecting language disorders in 4-year-old French children. An application of the ERTL-4. Child : Care, Health and Development. 2000 ; 26(2):129-136.
29. Alla F. Validation d'ERTLA6 : Epreuves de repérage des troubles du langage et de l'apprentissage de l'enfant de 6 ans. Glossa. 2000 ; (74):4 - 17
30. DREES. Ministère de la santé. E- Santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans. Etudes et Résultats Direction De La Recherche, Des Etudes, De l’Evaluation et Des Statistiques. 2020 Jan ; 1139

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque

# RÉSUMÉ

## **Enquête des pratiques et connaissances des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes concernant le dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral chez les enfants de moins de 6 ans**

**Contexte :** Le dépistage des troubles de l'acquisition du langage oral chez l'enfant a été à plusieurs reprises défini par la HAS comme étant un enjeu de santé publique majeur. Le médecin généraliste apparaît comme un acteur primordial dans le repérage, l'orientation et la prise en charge des enfants.

**Objectif :** Décrire les pratiques et connaissances des médecins généralistes libéraux dans les Alpes Maritimes dans concernant les recommandations HAS.

**Matériel et Méthode :** Une enquête transversale par questionnaire anonyme a été réalisée chez 301 médecins généralistes. Des analyses descriptives ont été produites.

**Résultats :** Sur les 301 médecins, 42 ont participé (14%). Il existe un recours insuffisamment systématique aux orthophonistes (45%) ainsi qu'une méconnaissance de l'âge du début de prise en charge possible (20% de bonne réponse). Une note moyenne de 8.35 sur 10 a été constatée sur les signes d'appel. Une large majorité ne connaissait pas les tests de dépistages, 70% pour le DPL3, 60% pour le ERTL4 et 77.5% pour le ERTL A6 et encore moins les pratique. Le facteur temps apparaît comme un frein majeur pour 82.7%. 92.5% pensent ne pas être suffisamment formés, 82.5% souhaiteraient améliorer leur pratique et 77.5% réaliser une formation.

**Conclusion :** Une bonne connaissance des signes d'appels est constatée. Nous relevons cependant que les tests sont majoritairement méconnus et encore moins utilisés. Le facteur temps semble être un frein important. Il apparaît que les médecins généralistes sont insuffisamment formés et sensibilisés sur le sujet et qu'en ce sens qu'une véritable demande existe. Une revalorisation des cotations pour faciliter l'utilisation de ces tests peut être une piste à explorer.

**Mots clés :** Médecine générale, dépistage, trouble de l'acquisition, langage oral, enfant, enquête transversale, France.

## ABSTRACT

### **Survey of the practices and knowledge of general practitioners in the Alpes Maritimes concerning the screening of oral language acquisition disorders in children under 6 years old**

**Context :** Screening for oral language acquisition disorders in children has been repeatedly defined by the HAS as a major public health issue. The general practitioner appears to be a primary actor in the identification, guidance and care of children.

**Objective :** Describe the practices and knowledge of liberal general practitioners in the Alpes Maritimes (France) concerning HAS recommendations.

**Material and Method :** A cross-sectional anonymous survey was carried out among 301 general practitioners. Descriptive analyzes were produced.

**Results :** Among the 301 physicians, 42 has participated (14%). There is insufficient systematic recourse to speech therapists (45%) as well as a lack of knowledge of the age of the start of possible treatment (20% correct response). An average score of 8.35 out of 10 was observed on the call signs. A large majority does not know the screening tests, 70% for the DPL3, 60% for the ERTL4 and 77.5% for the ERTL A6 and even less the practices. The time factor appears to be a major obstacle for 82.7%. 92.5% thought they had not acquired it, 82.5% wanted to improve their practice and 77.5% wanted to take training.

**Conclusion :** A good knowledge of the signs of calls is observed. However, we note, that the tests are largely unknown and even less used. The time factor seems to be a major obstacle. It appears that general practitioners are insufficiently trained and sensitized on the subject and that means that a real demand exists. A reevaluation of the remunerations to facilitate the use of these tests may be an option to explore.

**Keywords :** General Practice, screening, acquisition disorders, oral language, children, cross survey, France.