



**HAL**  
open science

# Repérage et prévention précoces du retard d'acquisition du langage du jeune enfant

Jeanne Villanueva

► **To cite this version:**

Jeanne Villanueva. Repérage et prévention précoces du retard d'acquisition du langage du jeune enfant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03467893

**HAL Id: dumas-03467893**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03467893v1>**

Submitted on 6 Dec 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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Repérage et prévention précoces du retard d'acquisition  
du langage du jeune enfant.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 19 Novembre 2021**

**Par Madame Jeanne VILLANUEVA**

**Née le 4 août 1993 à Saint-Quentin (02)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur GENTILE Stéphanie**

**Président**

**Monsieur le Professeur MILH Mathieu**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BERNARD Olivier**

**Directeur**





Faculté des sciences  
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Repérage et prévention précoces du retard d'acquisition  
du langage du jeune enfant.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 19 Novembre 2021**

**Par Madame Jeanne VILLANUEVA**

**Née le 4 août 1993 à Saint-Quentin (02)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur GENTILE Stéphanie**

**Président**

**Monsieur le Professeur MILH Mathieu**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BERNARD Olivier**

**Directeur**



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
<b>Assesseurs :</b>		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

**Directeur** : **Pr. Jean-Michel VITON**

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON



### ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

### ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

### ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUBE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène



## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

**2015**

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**2019**

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

## Honoris causa

<b>1967</b> MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b> MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b> MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b> MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b> MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b> M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b> MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b> MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b> M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b> MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b> MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	<i>GUYYS Jean-Michel Surnombre</i>
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry	JOUVE Jean-Luc KAPLANSKI Gilles
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTHET Marc	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard LAUNAY Franck
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BERBIS Julie	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier	MACE Loïc MAGNAN Pierre-Edouard
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard NGUYEN Karine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	OLIVE Daniel
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	TURRINI Olivier
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine	VALERO René
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	VAROQUAUX Arthur Damien
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	VELLY Lionel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	VEY Norbert
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VIDAL Vincent
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VIENS Patrice
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VILLANI Patrick
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VITON Jean-Michel
PHAM Thao	SCAVARDA Didier	VITTON Véronique
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric	VIVIER Eric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor	XERRI Luc
POINSO François	SIMON Nicolas	
RACCAH Denis	STEIN Andréas	
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal	
REGIS Jean	THUNY Franck	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick	
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel	

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

*BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre



AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
 THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)  
FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE : RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU PH)  
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU PH)  
 MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*  
 DARIEL Anne (MCU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)  
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,****RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre  
 BRETTELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/MITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH) détachement  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2020)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
TOGA Isabelle (MCU-PH)**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**ANDRE Nicolas (PU-PH)  
BARLOGIS Vincent (PU-PH)  
CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
FABRE Alexandre (PU-PH)  
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
MICHEL Gérard (PU-PH)  
MILH Mathieu (PU-PH)  
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)  
REYNAUD Rachel (PU-PH)  
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
BREGEON Fabienne (PU-PH)  
GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)BONINI Francesca (MCU-PH)  
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*  
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)  
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**ASTOUL Philippe (PU-PH)  
BARLESI Fabrice (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)GREILLIER Laurent (PU PH)  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**AMBROSI Pierre (PU-PH)  
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)



# Liste des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ARS : Agence Régionale de Santé

ASQ-3 : Age & Stages Questionnaires, 3<sup>e</sup> édition

C(n)AF : Caisse nationale d'Allocations Familiales

CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

COMETE : COMpétences psychosociales en Education du paTiEnt

CPE : Cotation Repérage de l'Enfant

CPS : Compétences Psycho Sociales

CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DPL3 : Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EDEN : Etude des déterminants pré et post-natals du Développement de l'Enfant

ELFE : Etude longitudinale Française depuis l'Enfance

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

ETP : Education thérapeutique du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IDE : Inventaire du Développement de l'Enfant

IFDC : Inventaires Français du Développement Communicatif

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

M-CHAT : Modified Chcecklist for Autism in Toodlers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PACA : Provence-Alpes et Côte d'Azur

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

PEDS : Parents' Evaluation of Developmental Status

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PRE : Programme de Réussite Educative

PRS : Projet Régional de Santé

QI : Quotient Intellectuel

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérine

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

TND : Troubles du Neuro-Développement

TSA : Troubles du Spectre de l'Autisme

TSLA : Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages

# Remerciements

***A Monsieur le Docteur Olivier Bernard,***

*Pédiatre, Référent périnatalité/pédiatrie de l'ARS PACA, Ancien Responsable de PMI des Bouches-du-Rhône*

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Votre disponibilité, votre patience et vos nombreux conseils ont été très précieux et ce travail de thèse n'aurait pu être abouti sans votre accompagnement. Je vous en suis très reconnaissante.

***A Madame la Professeure Stéphanie Gentile,***

*Professeur des universités-praticien hospitalier de l'AP-HM, Responsable du master Encadrement des organisations de santé et management de l'Université Aix-Marseille,*

Vous me faites l'honneur d'être la présidente de mon jury de thèse. Soyez assurée de mes remerciements et de ma respectueuse considération. Je vous remercie de votre disponibilité.

***A Monsieur le Professeur Mathieu Milh,***

*Professeur en neurologie pédiatrique de l'AP-HM, Médecin Coordinateur du centre de référence épilepsies rares,*

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de toute ma gratitude.

***A tous ceux qui ont participé à ce travail,***

Je remercie toutes les équipes de PMI et de Salon Action Provence rencontrées. Merci pour votre aide précieuse et vos encouragements pendant ce travail. Merci au Dr Muriel Maurel, au Dr Pascale Chauvet, à Nathalie Riffaud, à Danièle, à Lydia, Gersande, Anne, Nathalie Paravisini, Célia, Christelle, Pascale Inaudi, Pascale Mariani, Dr Florence Fourcade, Delphine Lecourtois...

### ***A ma famille,***

A ma mère, éternels remerciements pour ta bienveillance et ta présence malgré les kilomètres ! Merci pour ton accompagnement pendant mes nombreux trajets en voiture. Maman, je suis fière que tu sois présente à mes côtés pendant ce jour important.

A mon père, merci pour ton soutien tout au long de mes études et pour ta présence aujourd'hui.

A mon frère David, ma belle-sœur Florence, mes neveux Mathis et Nathan, merci pour vos encouragements et votre soutien depuis le Nord. Je suis heureuse que vous soyez présents pour ce grand évènement.

A mon frère Julien, ma belle-sœur Pauline, mon/ma futur neveu/nièce, merci pour vos encouragements de Normandie. Merci Julien pour ta bienveillance depuis maintenant 28 ans. J'espère que ce travail te rendra fière de ta petite sœur.

A mon frère Florent, ma belle-sœur et désormais Consœur Marion, merci pour vos encouragements de Bretagne. Merci Florent pour ta présence d'Amiens jusque dans le Sud !

Merci au reste de ma famille Picarde, Bretonne, Espagnole et à Jocelyne à qui je pense fort.

### ***A Julien,***

Je ne pourrai jamais assez te remercier pour ton amour, ton soutien et ta bienveillance depuis notre rencontre à Manosque. Merci pour ton aide précieuse pour ce travail. Fini l'internat, nous allons pouvoir continuer d'avancer ensemble. Il me tarde de m'asseoir à tes côtés au bord de notre piscine ! Je suis heureuse de faire partie de ta vie. Je t'aime mon cœur.

### ***A ma belle-famille,***

Merci à Carla, ma belle-sœur pour ta bienveillance et ta gentillesse depuis Cagnes. Merci à Guillaume d'être venu aujourd'hui pour me soutenir. Merci à Lisa, Alex, Cindy pour vos encouragements. Merci à Marion ma belle-maman, de me soutenir et de nous accompagner dans cette période importante. Merci à Anne-Marie et Roziane pour ces bons moments à Toulon, merci à Elisabeth puis Tours.

### ***A mes amis du Sud,***

Merci à l'équipe de toujours : Marwane, Léa et Charles d'être présents de Manosque à Marseille depuis maintenant 3 ans ! Marwane, merci pour cette grande amitié amiénoise, ta gentillesse et

pour ton accompagnement pendant cet internat. Léa, merci pour ces moments partagés et ton éternelle bonne humeur. Charles ou Carlito, qui a eu le plus beau des internats, merci pour ces journées en bateau ou en skis !

A Sonia, ma lilloise préférée, merci pour ton amitié et soutien depuis notre rencontre à Martigues. Je te souhaite une bonne soutenance de thèse, que tu passes en même temps que moi, dans la salle d'à côté !

A Jeanne et Tom, mes amis bretons-marseillais. Merci pour tous ces bons et moments passés et futurs. Merci à Jeanne pour tes encouragements et ta motivation !

A Laurianne, merci pour ta bonne humeur, ton amitié depuis Martigues et tes bons plans ! Merci à toutes les copines de la team spa !

A Mélanie, qui m'accompagne depuis toujours, merci d'avoir toujours été là !

A Valérie, merci pour ta grande aide pour ce travail et tes encouragements.

A Mathilde et Pauline, merci pour votre soutien et vos amitiés.

### ***A mes amis du Nord,***

A Céline, un grand merci pour ton amitié de biloute pendant ces nombreuses années ! Merci pour tous ces bons moments et tes visites dans le Sud.

A Ludmilla, merci pour ton amitié depuis la PACES et pendant ces heureux et difficiles moments de l'externat. Voilà.

A Marine, merci pour ton amitié pendant l'externat et tes encouragements. J'espère que tu reviendras avec Lucien et Isaac pour mieux découvrir la région !

A Mégane, merci pour ton amitié et tes visites annuelles sur Marseille. Merci à Axel et Amélia.

A Isabelle, merci pour tes messages d'encouragements depuis Amiens et ton amitié.

A Hugo, Pierre-Louis, merci pour cette amitié. L'Ether sera toujours présent dans nos esprits !

A Clémentine, merci pour ton amitié depuis mon enfance. Merci pour ta visite avec Louis sur Marseille et j'espère bientôt vous revoir !

A Baptiste, Caro, Jean et le futur U-E, merci pour ces séjours et ces super moments passés ensemble. Vous êtes attendus ici par le propriétaire de la Provence ! Un grand merci à tous les Havrais pour votre accueil et votre gentillesse.

*A tous ceux rencontrés pendant mon internat,*

A Zoéline, ma première « cheffe ». Merci pour ta bienveillance en ce début d'internat et ton amitié tout le long du semestre. Merci pour ces bons moments passés ensemble et pour tout ce que tu m'as enseigné. Merci à toutes les personnes rencontrées lors de mon stage à Manosque, à qui je pense souvent.

Aux Dr Claude Mathieu, Dr Fabienne D'Ornano et Dr Alexis Antoine, mes maitres de stage. Merci à tous pour votre accompagnement pendant mon internat, vos enseignements, votre disponibilité. Je suis heureuse de devenir officiellement votre Consœur. Merci à toute l'équipe de la MSP de Tourves que je connais depuis maintenant 1 an et à l'équipe de Brignoles.

Au Dr Marie Mozziconacci, ma « cheffe » de Martigues. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance durant ce semestre. Merci pour tes enseignements qui servent et serviront toujours à ma pratique. Merci également au Dr Hugues Nègre et au Dr Silvia Singeorzan pour vos enseignements et votre gentillesse.

Merci à toute l'équipe des Urgences de la Ciotat. Merci pour ces bons moments malgré ce semestre difficile et chamboulé par la pandémie.

# Table des matières

Table des tableaux et figures.....	3
I. Introduction.....	4
II. Prérequis.....	7
1. Définition.....	7
2. Etapes d'acquisition du langage.....	7
3. Retard d'acquisition du langage.....	8
4. Facteurs de risque.....	9
- Facteurs innés.....	9
- Facteurs environnementaux.....	10
5. Contexte de découverte.....	11
6. Signes d'appel.....	12
7. Conséquences.....	12
8. Prise en charge actuelle.....	14
9. Outils de repérage et de dépistage.....	16
10. Compétences psychosociales.....	17
- Définition.....	17
- CPS en médecine générale.....	18
- CPS de l'enfant.....	20
- CPS du parent.....	21
- Comment renforcer les CPS ?.....	23
- Comment stimuler le langage ?.....	23
11. La prévention précoce.....	24
- Précocité de prise en charge.....	24

-	Structures impliquées.....	24
-	Interventions précoces existantes.....	26
-	Principes de l'atelier jeux de langage.....	27
-	Autres interventions .....	29
III.	Matériels et méthodes.....	30
1.	Justification de la réalisation de cette étude .....	30
2.	Type d'étude et durée du recueil de données .....	30
3.	Choix de la méthode.....	31
4.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	31
5.	Analyse des résultats .....	32
IV.	Résultats .....	33
V.	Discussion .....	45
VI.	Conclusion.....	60
VII.	Annexes.....	62
VIII.	Bibliographie.....	79
IX.	Serment d'Hippocrate .....	90



# **Table des tableaux et figures**

Figure 1 : Spirale de l'échec chez les enfants présentant des troubles de l'apprentissage	13
Tableau 1 : Recommandations HAS 2017 sur le parcours de santé d'un enfant avec TSLA	14
Figure 2 : Parcours d'un enfant à risque de TND et de sa famille, HAS 2020	16
Figure 3 : Professions et catégories socioprofessionnelles du père	34
Figure 4 : Professions et catégories socioprofessionnelles de la mère	35
Figure 5 : Taille de la fratrie	36
Figure 6 : Nombre de mots parlés	37
Figure 7 : CPS parentales	38
Figure 8 : Origine de l'orientation vers l'atelier	40
Figure 9 : Mode de garde et PCS maternelles	42
Figure 10 : Mode de garde et nombre de langues parlées au domicile	43

# **I. Introduction**

Le langage est une capacité indispensable pour l'être humain. L'acquisition du langage oral est le résultat de l'interaction des compétences neurocognitives innées de l'enfant avec son environnement.

La maîtrise du langage est un élément fondamental du développement de la personnalité de l'enfant, de ses capacités cognitives, de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, de sa réussite scolaire, de son insertion professionnelle, de son intégration sociale, de sa capacité d'adaptation et de sa capacité d'expression de besoins ou d'émotions. **(1)**

Notre travail de thèse s'intéresse au développement des compétences psychosociales (CPS) d'enfants d'âge préscolaire. Comme nous le verrons, les études prouvent que les CPS sont essentielles au bon développement et au bien-être de l'enfant **(2)**.

Il est important de savoir qu'aucun diagnostic avéré de trouble du langage ne peut être posé à cet âge. On parle alors de difficultés ou de retard de langage. Environ 70% de ces enfants vont rattraper leur retard avant 4 ans mais des séquelles peuvent persister.

Les enfants présentant des difficultés persévérantes et sévères au-delà de 5 ans sont dits « dysphasiques ». Cette dernière fait partie des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), eux-mêmes faisant partie des troubles neurodéveloppementaux (TND) **(3)**.

Les dernières données françaises rapportent environ 5 % d'enfants âgés de 5 à 9 ans atteints par des troubles langagiers. Les conséquences de ces troubles sont nombreuses **(4)**. Un repérage et une prise en charge précoce sont donc indispensables pour les diminuer.

Chez les enfants de moins de 3 ans, 40% ont consulté un médecin généraliste, 55% ont été suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre et seuls 5% ont consulté un pédiatre. Le médecin généraliste est donc le pivot central du parcours du jeune enfant mais seulement 1 consultation sur 8 est dédiée à la prévention et elle est souvent plus courte qu'une consultation pour pathologie aigue **(5)**.

Notre étude implique un certain nombre de familles issues d'un milieu défavorisé où il existe une véritable perte de chance concernant la santé de l'enfant. Selon plusieurs études, l'évolution du vocabulaire chez un enfant vivant dans des conditions socio-économiques faibles est 4 fois plus lente qu'un enfant du même âge vivant dans un milieu favorisé.

Un autre nombre est alarmant : dans les trois premières années de sa vie, un enfant issu de ce milieu entend 30 millions moins de mots que ses camarades. Il nous paraît donc important de nous intéresser à cette population d'enfants, considérés à risque de développer un retard puis un trouble des acquisitions **(6)**.

En 2017, pour améliorer le parcours des enfants atteints de TSLA, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations **(7)**. Une fiche mémo pour les médecins généralistes est proposée. Pour les enfants de moins de 3 ans, la HAS rappelle quelques signes d'appel et recommande d'effectuer un bilan ORL et orthophonique. Le contact avec les services de protection maternelle et infantile (PMI) n'est recommandé qu'en cas de troubles avérés, donc à partir de 5 ans.

En 2020, de nouvelles recommandations sont parues pour améliorer le repérage et la prise en charge des enfants à risque de troubles neurodéveloppementaux (TND) dont font partie les TSLA **(3)**. La HAS propose une fiche expliquant le rôle du médecin intervenant dans le 1<sup>er</sup> niveau de recours aux soins. Elle recommande de rechercher des facteurs de risque mais ils sont peu nombreux et non spécifiques au langage. Si plusieurs signes d'appel sont présents, le médecin doit orienter vers une plateforme spécialisée. En attendant ou si peu de signes sont présents, il est recommandé de préconiser des conseils de guidance parentale, d'orienter vers des programmes d'intervention, de formation et de socialisation précoces de l'enfant. Mais pour les difficultés langagières, la HAS ne cite que des interventions en orthophonie et chez un ORL. Il n'existe pas plus de recommandations françaises sur le retard simple d'émergence du langage.

Lors de mon 5<sup>e</sup> semestre d'internat se déroulant à la Maison Départementale de la Solidarité de Vitrolles, j'ai pu découvrir et comprendre tout l'intérêt des interventions collectives et préventives mises en place depuis quelques années.

Il s'agit de programmes de stimulation du langage par le jeu, proposés aux enfants présentant un retard d'acquisition du langage modéré, non encore scolarisés et chez qui on suspecte un environnement défavorable. Les CPS de l'enfant et de ses parents y sont travaillées. Ces

programmes permettent également de dépister et orienter précocement les TND et autres troubles plus sévères nécessitant un suivi spécialisé.

J'ai pu aussi y observer le manque de liens avec les médecins généralistes.

Nous souhaitons axer notre travail sur l'environnement familial et socio-culturel ainsi que sur les CPS de chacun. Il n'existe peu de littérature française concernant cet aspect du retard de langage. Les thèses de médecine générale portent sur le renforcement des compétences du patient par l'éducation thérapeutique (ETP) mais uniquement pour des maladies chroniques comme le diabète ou l'obésité.

Nous souhaitons d'abord contextualiser notre travail avec un prérequis. Nous y rappelons les étapes du développement langagier, la définition d'un retard, ses conséquences et les recommandations actuelles de repérage et prise en charge. Nous souhaitons également mettre en avant l'intérêt de l'utilisation des CPS en médecine générale et dans le milieu de la petite enfance à travers plusieurs exemples.

**L'objectif principal** de cette étude est de décrire une population d'enfants d'âge préscolaire à risque de développer un trouble du langage, à partir des données d'un programme de stimulation langagière. Le but est de les comparer à la littérature française et étrangère afin d'améliorer les recommandations actuelles. Avec ces données, nous souhaitons créer une fiche-synthèse adaptée à l'exercice du médecin généraliste afin de l'aider le parcours de l'enfant (**Annexe 7**).

**L'objectif secondaire** est de promouvoir l'importance du renforcement des compétences psycho-sociales dans le développement du langage de l'enfant et dans la pratique de médecine générale.

## II. Prérequis

### 1. Définition

Le langage oral est divisé en deux catégories : l'expression, qui est la production de sons et la réception, qui est la compréhension d'une langue.

Le langage passe aussi par le non verbal et ce, dès la naissance : regards, sourires-réponses, attention conjointe...Il y aussi le langage gestuel. Ce sont des modes d'expression que l'on utilise de façon inconsciente.

### 2. Etapes d'acquisition du langage

Le développement de l'enfant est un processus global, progressif et composé de différents éléments dépendants les uns des autres afin de former un tout. Il nécessite donc une importante gymnastique cognitive, neurologique, émotionnelle, psychique et un environnement favorable. Evidemment, cela dépend aussi du bon fonctionnement des organes neurologiques, phonatoires et auditifs. **(8)**

Mais il existe toujours des aspects inconnus dans l'acquisition des apprentissages malgré de nombreuses études, du fait de sa complexité et sa variabilité inter-individuelle.

Il est important de d'abord connaître les étapes d'acquisition normale du langage avant de pouvoir repérer un retard de langage **(9)**.

- Tout commence dès la naissance avec la phase dite « pré-linguistique », qui s'étend jusqu'à 12 mois. Le nouveau-né s'exprime par des cris, des rires, des gazouillis et des vocalises car son appareil phonatoire est immature et inapte à la parole.
- Puis entre 7 et 9 mois apparaissent les babillages avec l'utilisation de syllabes.
- Vers 10-12 mois, l'enfant prononce ses premiers mots, souvent « maman » et « papa » et jargonne beaucoup. C'est à cet âge que l'enfant comprend les consignes simples.

- Nous entrons ensuite dans la phase dite « **linguistique** ». Entre 16 et 19 mois, le jeune enfant associe deux mots, c'est ce que l'on appelle le "mot-phrase". C'est un repère du développement important.
- A 24 mois, c'est « l'explosion du langage » : son vocabulaire se développe en une cinquantaine de mots et se précise pour former des phrases.
- Enfin, entre 2 et 3 ans, l'enfant sait utiliser la structure sujet-verbe-complément et peut tenir une conversation avec un adulte. Il a dans son lexique 200 à 300 mots.
- Dès 3 ans, l'enfant sait utiliser les pronoms tels que le « je » ou le « tu », ce qui montre une importante évolution du développement de la personnalité de l'enfant. L'enfant comprend qu'il est un être unique, lui permettant de s'affirmer et de s'intéresser aux autres. Son vocabulaire s'enrichit avec environ 1000 mots connus.

Le langage continue de s'enrichir et de se perfectionner tout au long de la vie.

### **3. Retard d'acquisition du langage**

Dans notre étude, nous parlerons de retard d'émergence du langage et non pas de trouble du langage car il est trop tôt pour pouvoir poser un diagnostic pour les enfants d'âge préscolaire.

Le retard d'acquisition ou d'émergence du langage d'un enfant est suspecté devant un niveau de langage inférieur à celui des enfants de son âge.

C'est un retard **simple** pour lequel il existe un décalage de niveau mais dont les étapes du développement sont respectées. L'enfant aura donc la même forme de courbe de développement que les enfants de son âge, mais sera décalée. Le retard de langage simple est principalement lié à des problèmes syntaxiques et phonologiques dits « fonctionnels ». Il n'y a pas de troubles de la compréhension associés et le reste du développement est normal. A posteriori, ce retard sera donc qualifié de non spécifique et non secondaire. Ce type de retard peut se rattraper spontanément dans 70% des cas **(10)**.

En cas de **trouble du langage avéré dit « primaire » ou dysphasie**, l'enfant aura également une courbe de développement décalée mais elle n'aura pas la même forme car son apprentissage sera irrégulier et peu de progrès seront observés, même après rééducation spécialisée.

La dysphasie est un TND spécifique, rare (2% de la population), d'origine congénitale et neurologique dont les causes restent encore méconnues. Il existe en fait 4 types de TND :

- Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Le trouble du développement intellectuel
- Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)
- Le **trouble spécifique du langage et des apprentissages** qui comprend la **dysphasie**

La dysphasie est souvent confondue avec un simple retard d'émergence de langage au départ mais la différence est que la dysphasie est un trouble sévère et persistant. Elle nécessite donc une orientation rapide.

#### **4. Facteurs de risque**

La HAS a publié en 2020 des recommandations de bonnes pratiques quant au repérage et l'orientation du TND (3). Elle cite des facteurs de haut risque et de risque modéré de TND mais sans préciser quels sont les facteurs influant spécifiquement le langage. Les facteurs environnementaux de l'enfant sont limités.

##### **❖ Facteurs innés**

- **Facteurs génétiques** : La HAS classe un antécédent familial de 1<sup>er</sup> degré de TND sévère comme facteur de haut risque de TND, qu'elle qu'en soit la cause.
- **Poids et terme de naissance** : La HAS parle de facteur de haut risque de TND pour une grande prématurité (terme inférieur à 32 semaines d'aménorrhée) et pour une prématurité (inférieur à 37 semaines d'aménorrhée) associée à un retard de croissance intra-utérin ou un poids de naissance inférieur à 2500 grammes. Les prématurités modérées, tardives, sans RCIU et les petits poids de naissance sont considérés comme facteurs de risque modérés.

Leur risque de retard de langage serait majoré par 2 en moyenne. (11)

Selon l'étude « EPIPAGE 2 » de l'INSERM, il est décrit chez les grands prématurés un retard de langage de 14 à 55 % accompagné de troubles de la parole, de syntaxe et de la compréhension à l'âge de 3-4 ans (12).

- **Asphyxie périnatale** : La HAS cite l'encéphalopathie hypoxo-ischémique comme facteur de haut risque de TND.
- **Autres troubles neurologiques** : La HAS cite aussi comme facteur de haut risque de TND : les AVC (accidents vasculaires cérébraux) artériels périnataux, les fœtopathies et les méningo-encéphalites infectieuses, les anomalies de croissance cérébrales.
- **Toxiques** : Une exposition prénatale à certains épileptiques (valproate de sodium ou Dépakine©) ou à une forte quantité d'alcool sont des facteurs de haut risque de TND selon la HAS. Une exposition à une substance psychoactive comme des psychotropes ou des substances illicites sont cités comme facteurs de risque modéré de TND.
- **Autres** : La HAS classe comme autres facteurs de haut risque de TND : les cardiopathies congénitales complexes opérées, une chirurgie cardiaque, neurologique ou abdomino-thoracique importante, prolongée et répétée. Enfin, la HAS classe comme facteur de risque modéré : un choc septique avec hémoculture positive.

## ❖ **Facteurs environnementaux**

- **Facteurs individuels parentaux** : La HAS classe comme facteurs de risque modéré de TND les « facteurs de vulnérabilité psychoaffective » suivants : les violences conjugales et intrafamiliales, les antécédents d'expériences négatives vécues par la mère, l'exposition à des maltraitances ou négligences grave, des difficultés psychologiques ou psychiatriques dans le milieu familial, etc...

Selon un article de revue pédiatrique américaine de 2018, les jeunes enfants exposés à plus de 5 traumatismes ont 76 % plus de risque de présenter un retard de langage. Des traumatismes importants, répétés ou sans soutien familial peuvent induire un retard des acquisitions avant 3 ans à cause du stress provoqué (13).



- **Niveau socio-économique** : La HAS parle de « **vulnérabilité socio-économique élevée** » comme facteur de risque modéré de TND. Elle considère comme vulnérable : **une famille sans domicile fixe, une famille sous le seuil de pauvreté, tout parent isolé ou encore des parents avec un faible niveau scolaire.**

Ces données restent limitées et peu spécifiques. Depuis quelques années, de nouvelles études recherchent d'autres facteurs influençant spécifiquement le langage.

Il existe depuis 10 ans une cohorte française appelée ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) constituée de 18 000 enfants, suivis depuis leur naissance et recherchant des facteurs de risque et protecteurs du développement langagier **(14)**.

Depuis 2003, une deuxième cohorte française de 1907 enfants, appelée EDEN (Étude de cohorte généraliste menée en France sur les Déterminants pré et postnatals précoces du développement psychomoteur et de la santé de l'Enfant) pilotée par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) suit également le développement de l'enfant et ses influences **(15)**.

Une cohorte américaine de 1766 enfants s'y intéresse aussi depuis 2007 **(16)**.

Elles abordent toutes l'environnement de l'enfant et de son entourage. Leurs résultats sont intéressants et pourraient améliorer le repérage. C'est pourquoi nous avons voulu comparer nos résultats à cette littérature.

## **5. Contexte de découverte**

Dans la plupart des cas, l'entrée en maternelle se passe bien. Mais parfois la transition du cocon familial à la vie collective peut-être difficile, voire traumatisante.

De plus en plus de retards de langage sont repérés lors de l'entrée en maternelle car c'est souvent le premier lieu où l'on peut comparer le développement psychomoteur d'un enfant et s'apercevoir de ses difficultés. Les chiffres les plus récents montrent une prévalence d'environ 5% dans cette tranche d'âge, soit au minimum un enfant par classe et parmi lesquels 1/4 présente un stade sévère **(17)**. L'éducation nationale sonne l'alarme depuis plusieurs années devant cette montée en force de ces situations préoccupantes.

## **6. Signes d'appel**

Des signes d'appel sont des décalages des acquisitions par rapport à la population générale. Ils sont repérables à tout âge et nécessitent une exploration approfondie.

Les signes d'alerte sont des déviations importantes de la trajectoire développementale et nécessitent une orientation rapide. Ils peuvent être des signes précoces de TND.

La HAS recommande une consultation dédiée à 18 mois car il s'agit d'un âge clé où l'on constate souvent les premiers signes d'alerte avec une régression du développement du langage et de la communication **(3)**.

Les signes sont listés selon les recommandations ainsi :

- À 6 mois : absence de réaction aux bruits.
- À 18 mois : absence de mots, de babillage et de pointage.
- À 2 ans : absence d'association de mots, incompréhension du langage simple, lexique inférieur à 50 mots, limitation d'utilisation de consonnes.
- À 2 ans et demi : absence de combinaison de mot, difficultés de compréhension.
- À 3 ans : absence de phrases sujet-verbe-complément, difficultés d'expression, compréhension seulement par son entourage.

**Une absence de mots à 18 mois, d'association de mots à 24 mois et une diminution de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge, sont des signes d'alertes majeurs (18).** Il ne faut oublier pas de rechercher toute inquiétude des parents, à tout âge.

## **7. Conséquences**

Un retard d'émergence du langage, même précoce, peut avoir de nombreuses conséquences qu'il ne faut pas négliger. Ces conséquences sont schématisées dans le cercle vicieux des troubles de l'apprentissage modélisé par Dr Vaivre-Douret. **(Figure 1)**.

D'après la littérature **(3, 19)**, il persiste dans 40 % des cas vers 7-8 ans un retard intellectuel avec des troubles comportementaux et attentionnels. A long terme, il a été prouvé que ces

enfants avaient un plus faible niveau d'études et une profession moins qualifiée (20). Les autres conséquences sont listées ci-dessous :

- Difficultés d'intégration scolaire et des relations sociales
- Stigmatisation avec harcèlement moral
- Illettrisme, difficultés des apprentissages dont la lecture, l'écriture et les mathématiques
- Echech scolaire
- Troubles anxiodépressifs avec difficultés à gérer ses émotions, troubles de la personnalité, troubles phobiques
- Troubles du comportement

Ces différences aggravent le risque d'isolement social et de souffrance morale car il est plus difficile de trouver sa place dans la société. Même chez les enfants rattrapant spontanément leur retard, il a été signalé des difficultés séquellaires à 6 ans (21).

### Le cercle vicieux des troubles d'apprentissage

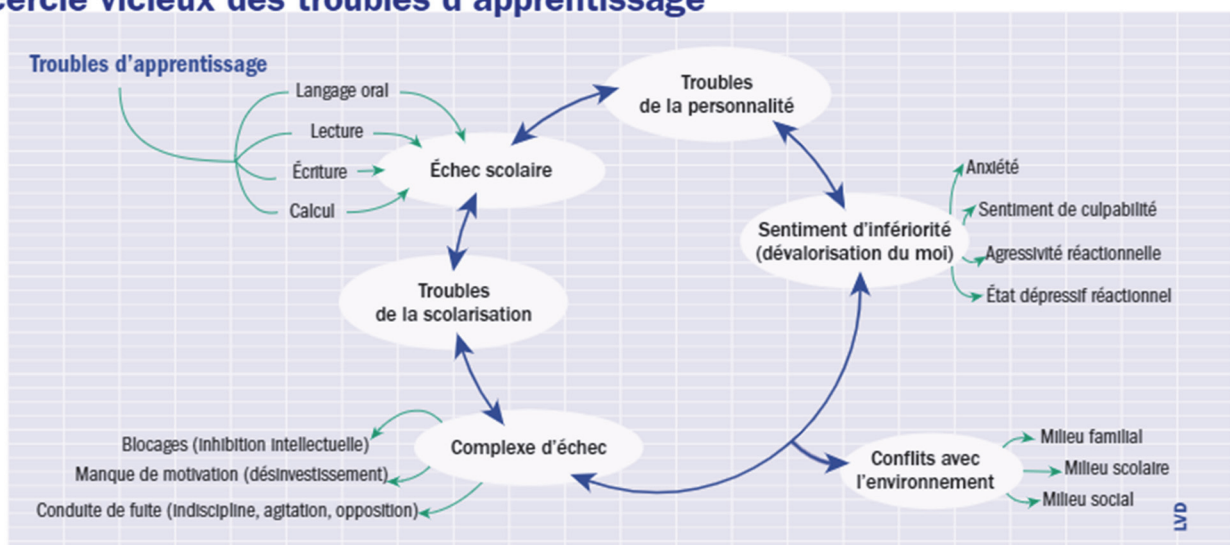


Figure 1 : Le cercle vicieux des troubles d'apprentissage, Dr Vaivre-Douret, Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique ?

## 8. Prise en charge actuelle

### ➤ Recommandations HAS 2017

Les recommandations de la HAS de 2017 étaient à destinée des professionnels et notamment des médecins généralistes pour améliorer le repérage des TSLA (7). Elles rappellent les signes d'appel principaux à 18 et 24 mois. La prise en charge proposée est essentiellement basée sur l'élimination de troubles neurologiques et ORL et sur une prise en charge orthophonique en cas de présence de facteurs de risque.

### Annexe 3. Signes d'alerte à l'intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre

Tableau 1. Difficultés d'acquisition du langage oral

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
<b>AVANT 3 ANS</b>		
<b>À 18 mois</b>	Aucun mot signifiant absence de babillage	- Éliminer d'emblée un doute sur l'audition Éliminer un trouble de communication verbale et non verbale : absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage proto-déclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme
<b>À 24 mois</b>	- langage très pauvre - pas d'association de mots - n'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.) - compréhension altérée	- Examen clinique, audition - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (surtout en cas de vulnérabilité familiale, d'antécédents familiaux ou de prématurité)
<b>À 3 ANS ET APRÈS si plainte isolée sur le langage oral</b>		
<b>3 ans / 4 ans et demi</b>	<b>Si critère de sévérité :</b> - pas de langage intelligible pour les personnes non proches (les parents ou la fratrie peuvent parfois comprendre) - pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet-verbe) - compréhension altérée	- Examen clinique - Diagnostic différentiel (audition/ communication) - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (+/- autres)
<b>4 ans et demi - 5 ans</b>	<b>Si langage insuffisant mais sans signe de gravité</b>	- Réponse pédagogique préventive - Guidance parentale - Suivi 6 mois par le médecin de l'enfant - Bilan orthophonique et rééducation si pas de progrès ou trouble persistant du langage à 5 ans

Tableau 1 : Recommandations HAS 2017 sur le parcours de santé d'un enfant avec TSLA

➤ **Recommandations HAS 2020**

▪ **Repérage**

Les généralistes sont concernés par la prise en charge de **niveau 1**, ne prenant en charge que les enfants à risque modéré de TND (3).

Après inquiétudes sur les difficultés langagières d'un enfant, une consultation dédiée doit être organisée. Le généraliste doit commencer par un examen clinique détaillé. Puis il recherchera des signes d'alerte de TND à l'aide de grilles de repérage disponibles en ligne sur le site <https://handicap.gouv.fr>.

Une anamnèse complète est nécessaire avec la recherche de facteurs de risque de TND. Il est recommandé d'évaluer le développement de l'enfant jusque-là, à l'aide du carnet de santé et du discours des parents, son parcours préscolaire et les éventuelles prises en charge effectuées. L'HAS recommande d'interroger les parents sur les centres d'intérêts de l'enfant et ses relations. Puis, il est conseillé d'interroger les parents sur les conditions de vie de l'enfant : recherche d'environnement socio-économique défavorable et de bilinguisme.

L'HAS recommande d'évaluer les capacités cognitives de l'enfant, les capacités de son entourage à savoir repérer les difficultés et les capacités d'application des préconisations. Le développement psycho-affectif et relationnel de l'enfant est aussi évalué.

▪ **Prise en charge**

- **Orientation** : Lorsque plusieurs signes d'alerte de TND sont détectés, le généraliste est chargé d'adresser rapidement l'enfant vers une plateforme de coordination.
- **Interventions précoces** : Le généraliste doit mettre en place une intervention précoce en attendant les consultations spécialisées ou si les troubles sont modérés. Il est aussi recommandé que l'enfant soit adressé vers un professionnel formé au neurodéveloppement. Les interventions précoces pour les troubles du langage proposés par la HAS sont la rééducation orthophonique et le bilan ORL.
- **Guidance parentale** : Il est recommandé d'informer les parents sur l'existence d'associations et de préconiser des stratégies d'accompagnement adaptées au statut social et culturel de la famille car ces enfants sont à risque de présenter des troubles de la régulation émotionnelle altérant la qualité des interactions. Des programmes d'intervention et de formation sont aussi recommandés, sans expliquer lesquelles.

## PARCOURS D'UN ENFANT À RISQUE DE TND ET DE SA FAMILLE

Figure 1. Diagramme du parcours d'un enfant (0 à 7 ans) à risque de TND

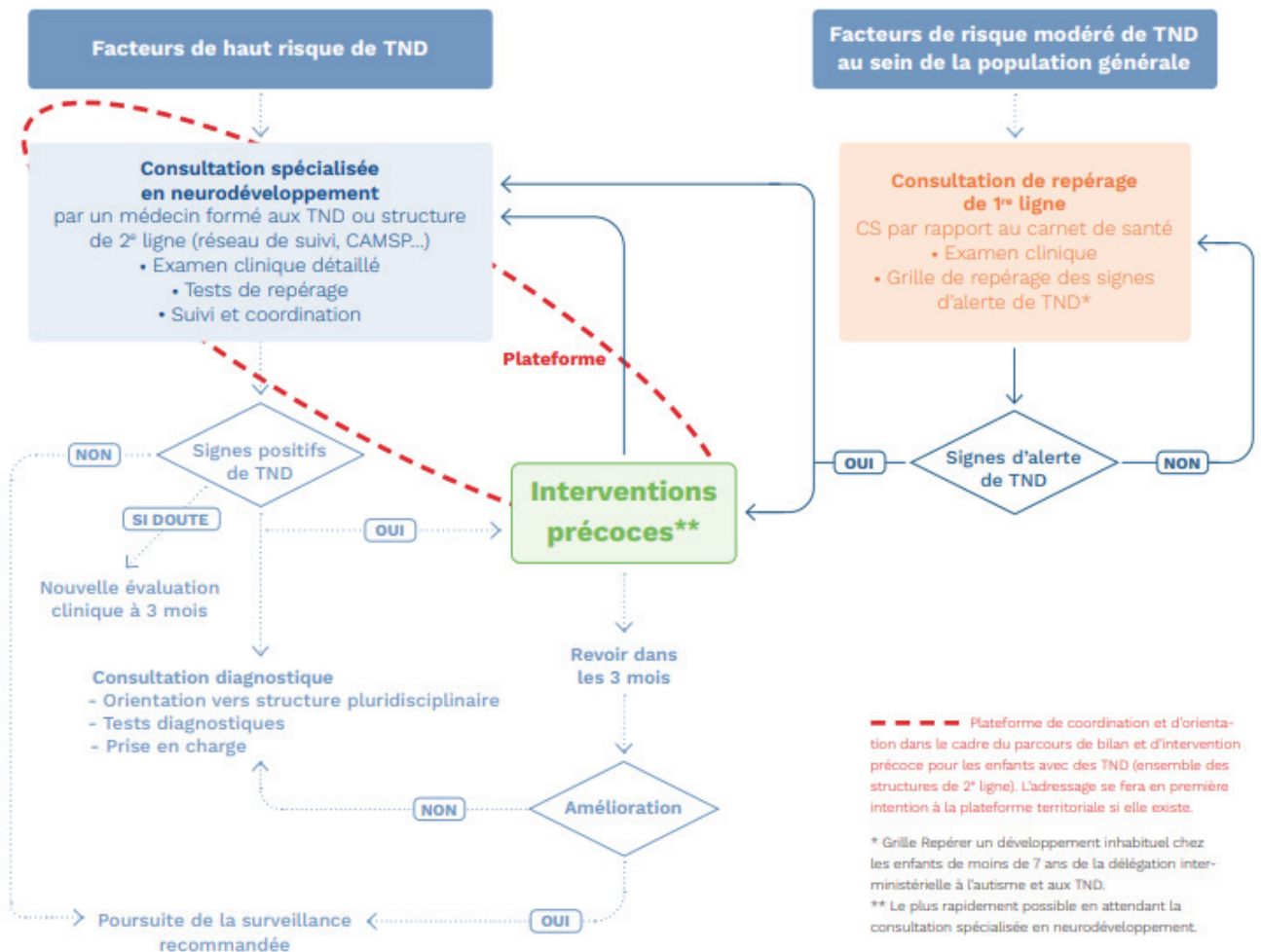


Figure 2 : Parcours d'un enfant à risque de TND et de sa famille, HAS 2020

## 9. Outils de repérage et de dépistage

Le repérage consiste à reconnaître des difficultés et des signes d'appel pouvant mettre en évidence une acquisition des apprentissages inhabituelle.

Le dépistage est l'étape suivante qui confirme le trouble du langage persistant grâce à des outils adaptés.

Actuellement, aucun outil de repérage n'est recommandé en France avant 3 ans car il est clinique et repose sur l'interrogatoire de l'entourage.

Des outils de dépistage, et non pas de repérage comme décrit, pour les enfants de moins de 3 ans sont proposés par la HAS (3) : l'ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaires, 3<sup>e</sup> édition), le PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status) et l'IDE (Inventaire du Développement de l'Enfant version brève). Ce sont tous les trois des outils de dépistage des troubles du développement global. L'IFDC (Inventaire français du développement communicatif) est recommandé et dépiste spécifiquement les troubles du développement langagier.

## **10. Compétences psychosociales**

### **- Définition**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les compétences psychosociales, ou « life skills » en anglais, consistent en « la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif lui permettant de répondre de façon positive et efficace aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ». Le but principal du développement des CPS est d'acquérir progressivement et à long terme une autonomie, une logique de raisonnement, de renforcer sa résilience et d'être capable de prendre des décisions (22).

L'OMS classe actuellement les CPS en 3 catégories :

- Les compétences sociales : Elles comprennent les compétences en communication comme l'écoute active, l'expression des émotions, la gestion des informations et des réactions. Elles comprennent aussi la capacité à gérer les conflits et l'affirmation. On peut également citer l'empathie, le travail en groupe et la capacité de persuasion et d'influence.
- Les compétences cognitives : Il s'agit de la capacité de prise de décision et de résolution de problèmes, la pensée critique et l'auto-évaluation qui permettent d'évaluer la pertinence des informations reçues.
- Les compétences émotionnelles : Il s'agit de la gestion des émotions et la confiance en soi.

Ces dimensions sont dépendantes les unes des autres même si chacune d'elles n'évoluent pas nécessairement au même rythme.

Le renforcement des CPS se fait tout au long de la vie et dans tous les milieux côtoyés.

## - CPS en médecine générale

Le renforcement des CPS fait partie de tout programme de promotion du bien-être de de la santé, de la prévention des maladies chroniques et des troubles psychologiques.

### ➤ CPS et éducation thérapeutique

Selon la HAS, l'éducation thérapeutique du patient va aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (23). Le patient devient le partenaire d'une nouvelle alliance thérapeutique afin d'améliorer sa prise en charge. Les CPS, dans ces programmes d'ETP, sont synonymes de compétences **d'adaptation, d'autosoins et d'action**. La démarche centrée sur le patient implique une personnalisation des soins avec une approche adaptée aux besoins, aux attentes, aux préférences, aux croyances, aux représentations et aux ressentis du patient. Elles aident le patient à s'autosurveiller, adapter son traitement, réaliser des gestes techniques, prévenir les complications, gérer son stress, prendre une décision ou encore résoudre un problème. Ces éléments évoluent dans le temps. Le médecin de premier recours doit réévaluer régulièrement son patient sur cet aspect. Il faut aussi que ce dernier le valorise et l'encourage quand des efforts sont faits.

L'ARS PACA (Agence Régionale de Santé de la Provence-Alpes-Côte d'Azur) et le CRES Comité Régional d'Education pour la Santé) ont mis en place un outil novateur pour l'éducation thérapeutique appelé « COMETE » (COMPétences psychosociales en Education du paTiEnt) afin d'aider les soignants et les patients dans le suivi global des pathologies chroniques (24). Cet outil est utile pour évaluer et renforcer les compétences psychosociales des patients à travers des fiches méthodologiques et des activités ludiques. Elles abordent la pathologie autrement que par la transmission de savoirs qui est l'approche actuelle. Différents thèmes sont travaillés : l'appropriation de la maladie, l'identification et la résolution de problèmes, l'image de soi, les projets de vie, les émotions, le rapport aux autres, l'entourage et les ressources et la confiance en soi. Le but est une prise de conscience des représentations que le patient a pu se faire de sa maladie, de son fonctionnement afin de l'accepter, de s'adapter aux épreuves et d'améliorer sa qualité de vie à partir de ses propres ressources.



➤ CPS et obésité

Concernant la prise en charge d'une obésité chez l'enfant, l'HAS recommande trois accompagnements : diététique, activité physique et psychologique (25). Il est indispensable d'évaluer la motivation de l'enfant et de l'entourage, de renforcer les compétences de chacun. Il est aussi nécessaire de repérer et prendre en compte les facteurs familiaux et psychosociaux pouvant être des freins à sa réussite, comme un stress causé par l'entourage.

➤ CPS et diabète

L'ETP en diabétologie commence par la délivrance d'informations et de conseils sur le diagnostic, l'évolution de la maladie, les thérapeutiques possibles et leurs effets. Si le patient présente toujours des difficultés de prise en charge, le médecin généraliste peut organiser un programme d'ETP. Les programmes d'ETP ont pour but d'améliorer l'hygiène physique et alimentaire, l'autocontrôle glycémique, les soins de pieds et de prévenir et améliorer les plaies. Elles permettent de former le patient sur les conduites à tenir en cas d'hypoglycémie. Concernant l'apport des CPS spécifiquement, elles permettent au patient de comprendre son diabète, de pouvoir en parler, de faire confiance à son traitement, de savoir vivre avec son diabète, de faire des projets et se motiver au changement (26).

➤ CPS, troubles du comportement et addictions

Il est prouvé que le renforcement des CPS diminue les troubles du comportement, diminue et retarde la consommation de substances psycho-addictives, augmente la bonne utilisation des préservatifs, diminue les grossesses à un âge maternel jeune et réduit globalement les comportements sexuels à risque (27, 28).

➤ CPS et patients vulnérables

Le renforcement des CPS a aussi démontré une efficacité pour les adultes en situation d'handicap, les personnes fragilisées, la réhabilitation des patients atteints d'une maladie psychiatrique sévère, les réinsertions professionnelles, les patients en situation de précarité ou

en complexe. L'ARS avait déjà pour objectif, dans son programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis de 2012-2018, de développer les CPS des personnes les plus démunies, notamment les femmes enceintes isolées et les enfants issus de milieux précaires (29). Cet axe est resté prioritaire dans le programme de 2018-2023 (30).

➤ Utilisation des CPS par les praticiens

Les CPS sont et devraient également être mobilisées par les praticiens eux-mêmes, notamment leurs compétences relationnelles afin de pouvoir prendre en charge efficacement l'ensemble des problèmes de santé du patient et non pas que l'aspect somato-biologique.

Il existe depuis 30 ans une théorie avec le modèle biopsychosocial d'Engel qui reste méconnu et mésusé (31). Ce modèle repose en fait sur deux principes : l'élargissement des perspectives du praticien et la participation active du patient qui aident significativement le praticien dans son diagnostic et la prise en charge.

- **CPS de l'enfant**

➤ Efficacité et intérêt

L'intérêt du renforcement des CPS de l'enfant est de favoriser son développement global. De plus en plus de recherches étrangères mettent en évidence un lien important entre les CPS de l'enfant, son bien-être mental, ses relations sociales ainsi que sa réussite éducative et scolaire.

Une synthèse de la littérature internationale pilotée par l'OMS est parue en 2015 afin de montrer l'efficacité de programmes de renforcement des CPS des enfants (32). Cette synthèse expose les évaluations de programmes internationaux et confirme un apport positif avec un niveau de preuves élevé. Il a été constaté un impact bénéfique au niveau : émotionnel, social, économique, éducatif, sanitaire et comportemental.

Les revues systématiques ayant étudié les programmes préscolaires, comme l'atelier que nous étudions, ont montré des effets positifs et durables sur le développement, notamment chez les familles issues de milieux défavorisés. Ces programmes permettent de réduire les inégalités en

termes de santé et de bien-être cognitif, de développement et de réussite scolaire. De plus, le rapport coûts-bénéfices de ces interventions est avantageux car permet des économies à long terme.

Les compétences psychosociales semblent donc être des facteurs de protection contre de nombreux troubles, que ce soit à court, moyen et long terme.

➤ CPS de l'enfant et retard du langage

Concernant, le langage, les ateliers de renforcement de CPS ont permis un enrichissement du vocabulaire, permettant une meilleure expression des émotions et donc une diminution du sentiment de frustration et de colère par rapport à l'incompréhension de son interlocuteur.

Ils ont comme objectif principal d'éviter une installation définitive d'un trouble langage en sensibilisant les parents sur le développement du langage de leur enfant et en renforçant les comportements parentaux favorables à l'émergence du langage (33).

➤ CPS de l'enfant et actualités

Devant les conséquences psychologiques observées chez les enfants lors de l'épidémie SARS-COVID, de nombreux programmes de renforcement des CPS ont été mis en place dans les écoles. Dans la Loire, un récent programme lancé par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé, destiné aux enseignants, aborde avec les enfants le COVID, leur vécu sur le confinement, la gestion du stress, l'acquisition d'une pensée critique sur ce qui est entendu. (34)

D'autres programmes ont aidé au retour à la scolarisation dans différentes régions.

- CPS du parent

De plus en plus d'études comme rapporté dans la synthèse de la littérature de l'OMS (32) mettent en avant l'impact des CPS des parents sur le développement et le bien-être de l'enfant.

Des CPS parentales inadaptées peuvent induire des troubles du développement de l'enfant avec des conséquences physiques, psychiques et sociales à tout âge telles que des troubles anxiodépressifs, des troubles du comportement, une obésité, un échec scolaire, etc...

Le renforcement des CPS parentales permet une diminution de l'anxiété parentale, la dépression et des pratiques éducationnelles problématiques, une augmentation de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité parentale et une amélioration des relations parent-enfant.

Par spirale vertueuse, la présence de CPS adaptées apporte des interactions parents-enfant de bonne qualité, une éducation parentale positive et bienveillante, une augmentation de l'estime de soi et de la confiance de l'enfant, une augmentation de la réussite scolaire, une amélioration de la compétence de résilience, etc... Le parent devient capable d'adapter ses pratiques éducationnelles en fonction du stade de développement de son enfant. Avant 6 ans, il est montré que le soutien affectif, l'empathie, la sensibilité, l'écoute et la réponse aux besoins fondamentaux sont des facteurs protecteurs de la santé de l'enfant. L'enfant apprend en imitant les comportements qu'il observe autour de lui. Ainsi le parent doit être capable d'avoir la bonne attitude en tant qu'exemple.

Aussi, il est prouvé que plus les parents passent de temps à parler avec leur enfant quotidiennement, plus le stock lexical de leur enfant augmente (1).

D'autres principes protecteurs basés sur les CPS parentales peuvent être cités. Par exemple, la mise en place de règles constructives, une autonomie respectée tout en donnant à l'enfant un sentiment de sécurité, des activités adaptées et partagées avec l'enfant, une communication positive avec reformulation qui sera mieux comprise par l'enfant, l'écoute active, etc... Puis, à l'adolescence, c'est le principe de supervision qui a un apport positif.

Les CPS parentales sont travaillées dans d'autres domaines. Un nouveau programme français, appelé « MALIN » et piloté par une association d'intérêt général, accompagne les familles issues de milieux défavorisés dans la nutrition de leur enfant de 0 à 3 ans (35). Les objectifs sont d'aider les familles à comprendre les grands enjeux de l'alimentation et de la nutrition de leur enfant et de la famille, et les accompagner pour faire face aux contraintes budgétaires tout en gardant une alimentation saine et équilibrée. Ce programme est en cours d'évaluation scientifique.

## - Comment renforcer les CPS ?

Le renforcement des CPS se fait grâce à des interventions en groupe basées sur des principes de psychoéducation et la pédagogie. Du fait de leurs récentes existences, ces interventions sont des ateliers expérientiels, participatifs, en général de rythme hebdomadaire, durant 1 à 2 heures et se poursuivant sur une durée de plusieurs semaines. Ces ateliers sont surtout proposés en milieu scolaire aux enfants âgés d'au moins 3 ans et jusque 15 ans. Aujourd'hui, de plus en plus d'interventions sont proposées à tout âge et dans de nombreux milieux.

Chacun explore, approfondit et augmente ses propres CPS à travers diverses techniques. Il peut s'agir de jeux, d'échanges, des mises en situation, etc...

Les compétences de chaque acteur de ce partenariat sont complémentaires, que ce soit celles du patient, du médecin généraliste, des spécialistes, des professionnel(le)s de la petite enfance et de la famille.

Les sessions ont un cadre défini mais sont adaptées en fonction des participants et de leurs expériences. Chaque séance s'axe sur le renforcement d'une, voire deux compétences.

## - Comment stimuler le langage ?

Les conseils de guidance parentale sont nombreux et à adapter en fonction des CPS des parents et du contexte. Le ministère de la Santé a sorti en 2007 un guide pratique pour le généraliste **(1)**. Il est recommandé de parler « vraiment » à l'enfant dès le plus jeune âge, de prendre le temps de l'écouter et lui laisser le temps de répondre, de reformuler en utilisant un vocabulaire précis, des phrases bien construites et une articulation claire.

La littérature américaine rapporte qu'il est aussi important de rendre l'apprentissage ludique, notamment grâce au jeu, la lecture et les comptines partagées **(16)**. Enfin, il est essentiel d'organiser des activités familiales et collectives, sportives ou culturelles, qui permettent de maintenir l'attention de l'enfant et de favoriser sa socialisation.

Des fiches conseils plus étayées provenant d'un collectif québécois existent dans plusieurs langues, que le médecin généraliste peut donner aux parents **(36)**.

## 11. La prévention précoce

### - Précocité de prise en charge

Les études internationales ont montré qu'une prévention était essentielle dès les 2 ans de l'enfant (37). Car c'est entre 2 et 3 ans qu'il faut intervenir, c'est-à-dire au moment où le cortex de l'enfant est le plus sensible aux stimulations extérieures. C'est une période phare de la vie où il faut inciter l'entourage de l'enfant à expérimenter, le sociabiliser et enrichir ses compétences dans diverses situations. C'est ce que l'on appelle la prévention précoce, bénéfique à court et long terme. Elle permet de réduire les difficultés d'apprentissage par la mise en place d'interventions précoces et spécifiques aux besoins de l'enfant.

### - Structures impliquées

➤ **Ministère des Solidarités et de la Santé** : Un plan interministériel a été mis en place en 2001, suivi d'une loi en 2004 pour appuyer la demande de priorisation du repérage des troubles du langage de l'enfant (38). Les objectifs étaient d'améliorer la prévention des troubles du langage quelle qu'en soit l'origine, de mieux repérer les troubles spécifiques, de permettre un diagnostic plus rapide et plus sûr et une meilleure prise en charge. Il comprenait 28 mesures destinées à favoriser la maîtrise du langage oral et écrit en vue d'une insertion sociale et professionnelle réussie.

Depuis, plusieurs programmes ont été créés à travers le pays. Le repérage à 3 ans ½-4 ans par les équipes de PMI a été renforcé, la communication et la formation des professionnels ont été améliorées.

Depuis 2019, le Ministère a créé une commission d'experts de 18 membres dont le président est le professeur Boris Cyrulnik, aussi neuropsychiatre à l'hôpital Sainte-Musse de Toulon-La Seyne (39). Santé Publique France et les ARS ont également participé à ce projet. Ils ont réalisé des travaux de recherche sur les 1000 premiers jours de vie de l'enfant et ont confirmé qu'il était essentiel d'agir avant les 2 ans. L'un des objectifs était de délivrer des messages clefs simples, clairs et cohérents portés sur les recommandations de santé publique. Certaines décisions ont fait l'objet de l'actualité car elles étaient attendues depuis longtemps comme l'allongement du congé de paternité. Le comité a aussi décidé de la

généralisation de l'entretien prénatal précoce. Le ministère se donne aussi comme objectif de « construire un parcours du jeune parent plus lisible, complet très pratique pendant cette période ». Enfin, le gouvernement souhaitait améliorer les compétences de socialisation de l'enfant en faisant évoluer les modes de garde et le système d'accueil du jeune enfant d'ici les dix prochaines années.

➤ **Inpes** : L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé priorise également ce domaine depuis quelques années, notamment avec son parcours « Santé des enfants et des jeunes » (8).

➤ **ARS** : Les Agence Régionales de Santé ont été créées suite à la loi Hôpital, patient, santé, territoire (HPST) du 21 juillet 2009. C'est un établissement public autonome placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé.

Elle pilote le PRS 2018-2023 (projet régional de santé) constitué de 10 projets « Parcours » (40). Le parcours « Santé des enfants et des adolescents » est l'un des grands enjeux de l'ARS pour améliorer la prévention et de promotion de la santé de cette population. Le premier objectif est de « déployer, dès la petite enfance, des actions de développement des compétences psychosociales et de promotion de pratiques éducatives positives autour de l'hygiène de vie, l'alimentation et l'activité physique, l'éveil culturel, la qualité du sommeil, l'usage raisonné du numérique, la vie affective et sexuelle, les conduites à risques ». L'entourage de l'enfant n'a pas été oublié grâce à la mise en œuvre des programmes de pratiques parentales positives visant à valoriser leurs compétences. En effet, l'ARS précise dans son schéma régional de santé qu'il « faut favoriser, chez l'enfant et les parents, l'acquisition de connaissances et compétences qui lui permettront d'adopter des comportements favorables à sa santé et à celle des autres ». L'ARS, qui est financée par le département, met en place des moyens budgétaires et humains pour soutenir la mise en œuvre de programmes de développement et de renforcement des CPS des enfants et des parents comme l'atelier jeux de langage.

➤ **CRES PACA** : Le Comité Régional d'Education pour la Santé en PACA est une association dirigeant un site internet de ressources en éducation pour la santé et en santé publique. Il est destiné aux professionnels afin de les aider dans la mise en place d'interventions de prévention et de promotion de la santé. Le site dispose de nombreux outils comme la base de données OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) qui répertorie les différentes actions et interventions de la région (41).

- **Ville de Marseille** : La Préfecture des Bouches-du-Rhône, la Ville de Marseille, l'ARS PACA et le Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône ont élaboré ensemble un contrat local de santé pour la période 2019-2021 (42). Le quatrième axe consiste à « promouvoir un environnement favorable à la santé du jeune enfant », notamment grâce au développement des compétences des parents et des enfants autour du langage. En effet, à Marseille, les taux de retard de langage sont alarmants : 12,28% des enfants ont un retard de langage et jusqu'à 18,6% dans les quartiers les plus précarisés (versus 4 à 8% en moyenne en France). Le contrat a permis la mise en place des ateliers jeux de langage avec l'implication et la participation active des parents dans des lieux publics de proximité. Face à l'impact de l'épidémie actuelle sur les inégalités sociales et de santé, ces mêmes acteurs ont proposé au ministère de prioriser le développement des CPS dès 2 ans autour d'ateliers de langage. Il est proposé de les systématiser dans les « cités éducatives » (quartiers prioritaires).

#### - **Interventions précoces existantes**

- **Au niveau international** : Ce type d'intervention de prévention collective a débuté avec une expérience aux Etats-Unis dans les années 70 appelée « Carolina Abecedarian » (43). L'objectif était de recevoir des enfants en situation de grande précarité dans une crèche dite « de très haute qualité éducative » afin de compenser un environnement familial défavorisant le développement de l'enfant. Finalement, par rapport aux enfants défavorisés n'ayant pas participé aux ateliers, leur développement cognitif a été plus rapide, leur scolarité plus facile et ils ont pu bénéficier deux fois plus d'un emploi qualifié. Ces ateliers « Jeux d'enfants » se sont ensuite développés dans d'autres pays comme au Québec, où l'éducation et la prévention dans le milieu de la petite enfance sont des priorités gouvernementales.
- **Au niveau national** : Pour faire face à ces difficultés, et depuis le plan ministériel de 2001, les dispositifs de prévention dans le domaine du langage se multiplient à travers le pays. Un premier programme intitulé « Parler Bambin » a été créé à Grenoble en 2006 avec des groupes d'enfants de 18 à 30 mois en crèche (44). À la suite de cela, d'autres villes comme Lille, Le Havre, Montpellier, Saint-Etienne et la région Ile de France ont reproduit ce dispositif.



En maternelle, un dispositif similaire existe, appelé les « ateliers Bain de Langage » ou encore « Coup de Pouce Langage » qui s'adresse aux « petits parleurs » de 5 à 6 ans.

Tous ces dispositifs se déroulent en l'absence des parents.

- **Au niveau régional :** C'est l'association Salon Action Santé qui a importé le concept dans la région en 2013 tout en l'adaptant aux problématiques des enfants repérés (45). En effet, pour la première fois dans la région, une participation active des parents est demandée pour chaque séance.
  
- **Au niveau départemental :** Puis ces ateliers se sont déployés depuis quelques années dans le département des Bouches-du-Rhône. Aujourd'hui, des ateliers existent dans les centres de PMI de Vitrolles, Marseille et Gardanne mais l'objectif est de les développer à travers toute la région.

### - **Principes de l'atelier jeux de langage**

L'atelier jeux de langage est un programme d'intervention collectif de 6 à 9 enfants, restreints à 4 ou 6 enfants pendant la pandémie et effectué sur 10 séances. Sur l'année, trois cycles d'ateliers jeux de langage sont proposés. Les enfants sont âgés en moyenne de 2 ans à 3 ans et ne sont pas encore scolarisés. Il s'agit d'enfant repérés par leur vitesse de développement de langage plus lente que la plupart des enfants du même âge. L'atelier jeux de langage leur est dans ce cas proposé.

L'atelier que nous étudions est encadré par des professionnel(le)s, en général une éducatrice de jeunes enfants une orthophoniste. En plus de stimuler le langage, les professionnel(le)s observent et suivent l'évolution de l'enfant sur quelques mois et pourront donc décider d'une prise en charge ultérieure et les adresser directement.

Chaque séance dure environ 1 heure avec des rituels bien établis. La stimulation du langage passe par le renforcement des CPS grâce à des activités partagées (jeux, lecture, comptines, activités motrices, etc...), des outils et des stratégies que les parents pourront réinvestir au domicile : incitations, reformulations, attention conjointe, valorisation, etc...

C'est pourquoi la présence et la participation active des parents sont les points forts de ces ateliers. Les professionnel(le)s peuvent observer les interactions parents-enfant pour ensuite

prodiguer des conseils adaptés à chaque famille (guidance parentale) afin d'améliorer leurs compétences.

- Exemple de CPS travaillées en atelier :
  - **CPS émotionnelles** : Confiance en soi, gestion des émotions, expression des besoins.
  - **CPS cognitives** : Capacité d'adaptation, autonomisation, appétence pour la découverte et l'exploration de l'environnement.
  - **CPS sociales** : Acceptation des règles, gestion de la frustration, incitations aux échanges avec les autres enfants et les adultes.
  
- Objectifs de l'atelier :
  - Enfant
    - Favoriser le développement des habiletés langagières de l'enfant et mettre en place des précurseurs de langage dans un environnement stimulant.
    - Enrayer l'apparition de troubles du langage oral.
    - Accroître l'appétence pour le langage afin de déclencher l'émergence des 50 premiers mots.
    - Renforcer son estime de soi, son autonomie, sa gestion des émotions afin de faciliter son entrée en milieu scolaire et ainsi réduire leur risque d'échec scolaire et professionnel.
  
  - Parents
    - Fournir des outils, des conseils, des stratégies pour une éducation positive. Les soutenir pour appliquer ces préconisations à la maison afin de multiplier les chances de réussite de l'intervention.
    - Améliorer leurs compétences éducatives, leur redonner confiance afin de renforcer le lien parent-enfant. L'accompagnement parental durant l'atelier a pour vocation de faire des parents des spécialistes de la communication avec leur enfant, de façon cohérente avec leurs valeurs et leurs cultures.
    - Proposer un lieu d'échanges et de rencontres lors d'un temps de jeux partagés pour permettre d'initier une situation de socialisation pour les enfants et leurs parents.

- **Autres interventions**

Les lieux d'accueil parents-enfants sont également des environnements favorables au développement de l'enfant grâce à des rencontres informelles entre les différents parents et les professionnel(le)s de la petite enfance. Ils sont pilotés par la CAF (Caisse nationale des allocations familiales). Ce sont des espaces de liberté, d'échanges et de convivialité qui participent à l'éveil et à la socialisation de l'enfant. Par exemple, les « Pâtes au Beurre » sont des espaces solidaires, gratuits, anonymes et sans rendez-vous où les familles peuvent venir avec ou sans enfant et ce, quel que soit leur âge pour y trouver un soutien psychologique et la possibilité de parler ouvertement de leurs préoccupations **(46)**.

# **III. Matériels et méthodes**

## **1. Justification de la réalisation de cette étude**

Les recommandations françaises actuelles concernant l'enfant non scolarisé et présentant des difficultés langagières modérées étaient éparses et limitées. Les facteurs de risque de trouble du langage n'étaient pas spécifiques et peu nombreux.

Il existait pourtant des résultats prometteurs dans la littérature, notamment avec les cohortes françaises ELFE et EDEN, ainsi qu'une cohorte américaine.

C'est pourquoi, à travers ce travail, nous souhaitons étudier le profil d'enfants repérés pour retard de langage afin d'explorer d'autres données.

Le but était de proposer une fiche-synthèse claire et complète en vue d'améliorer la pratique du médecin généraliste (**Annexe 7**).

Comme nous l'avons vu, l'amélioration du repérage et de la prise en charge des troubles du langage était devenue une priorité nationale depuis plusieurs années. Notre travail s'inscrivait dans cette lignée.

Le manque de collaboration entre les médecins généralistes et les services de PMI concernant le parcours du jeune enfant était aussi une hypothèse que nous voulions explorer.

## **2. Type d'étude et durée du recueil de données**

A travers une étude quantitative, descriptive et multicentrique, nous avons collecté les données issues du bilan d'entrée des enfants participants aux ateliers jeux de langage. Il s'agissait de questionnaires comportant 25 questions, standardisés et rendus anonymes. Les parents y ont répondu lors d'un entretien en début de cycle, avec l'aide des professionnel(le)s encadrant l'atelier. La collecte s'était effectuée dans les cinq centres de PMI des Bouches-du-Rhône impliqués et dans l'association Salon Action Provence à Salon De Provence. Au total, nous

avons pu collecter les données de 3 centres à Marseille, 1 centre à Vitrolles, 1 centre à Salon et 1 centre à Gardanne. Les données concernaient la période de novembre 2018 à juin 2021. Nous avons ensuite catégorisé les réponses selon nos objectifs.

Selon le questionnaire RIPH et RGPDURL, aucune autorisation n'a été nécessaire pour cette étude.

### **3. Choix de la méthode**

Nous avons choisi cette méthode afin d'avoir des données objectives et précises afin d'étayer la fiche-mémo des recommandations de la HAS de 2017.

Nous avons aussi choisi cette méthode devant la difficulté d'organiser des entretiens supplémentaires avec les parents en cette période d'endémie et de confinements répétés. Nous avons préféré exploiter des données existantes.

### **4. Critères d'inclusion et d'exclusion**

#### Critères d'inclusion :

- Difficultés d'acquisition du langage
- Participation à un atelier organisé par un centre de PMI ou par l'association SAS

#### Critères d'exclusion :

- Cause de retard de langage pathologique ou sévère décelée : origine ORL, neurologique
- Scolarisation

Nous avons exclu au total 7 enfants : 6 enfants déjà scolarisés et 1 enfant présentant une forte suspicion de trouble du spectre autistique.

## **5. Analyse des résultats**

A la suite du recueil de données, un biostatisticien a été sollicité pour aider à l'extraction et l'analyse des résultats. Les données ont été décrites selon les effectifs et pourcentages de chaque modalité. Les comparaisons statistiques ont été effectuées par un test de Chi<sup>2</sup> de Pearson (avec méthode de Monte-Carlo si un effectif était inférieur à 5). Le seuil de significativité était fixé à 5%. Les analyses ont été effectuées via le logiciel R (v3.5.1).

# IV. Résultats

## 1. Profil des enfants repérés

Nous avons pu étudier 61 profils d'enfants présentant des difficultés langagières. Chaque profil a pu être analysé hormis la question 15. Seuls les résultats pertinents avec nos objectifs ont été décrits.

### - Centres

Un total de 28 enfants a été sélectionné à Vitrolles, onze au Centre de PMI marseillais « Les Flamants », dix au Centre de PMI marseillais « Le Nautile », huit à Salon-de-Provence et quatre à Gardanne.

### - Sexe

Les enfants de sexe masculin étaient les plus présents dans cette population, avec 42 garçons sur 61 participants, soit 68,85%. Les enfants de sexe féminin étaient au nombre de 19 sur 61 soit 31,5 %.

### - Age

En moyenne, les enfants étaient âgés de 2 ans et 4 mois. Les âges extrêmes retrouvés étaient au minimum 2 ans et au maximum 3 ans et demi.

### - Catégorie socio-professionnelle

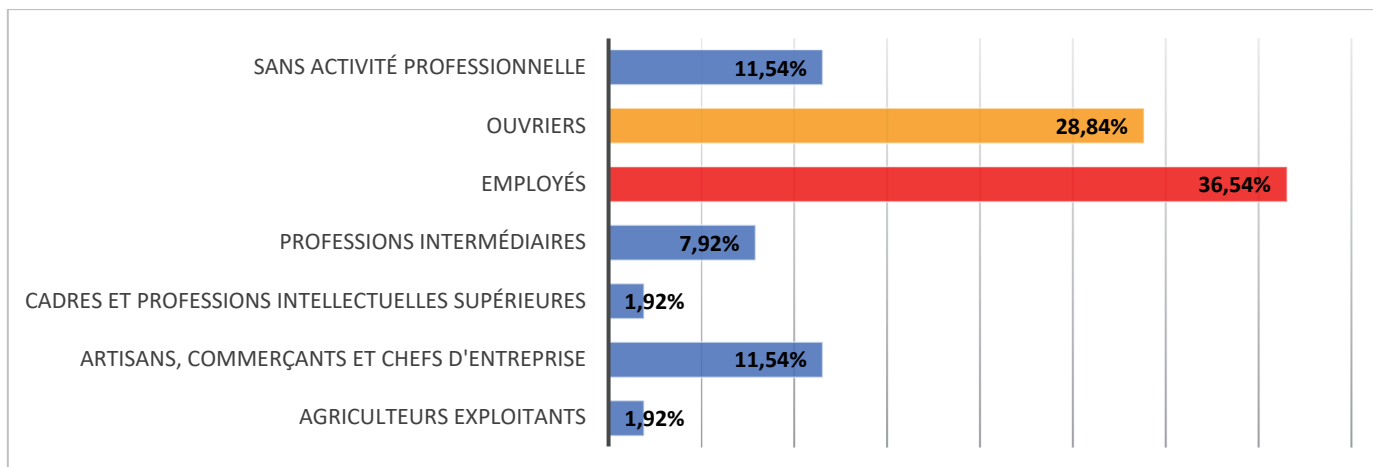
Nous avons décidé de classer les professions des parents dans les professions et catégories socio-professionnelles, dites PCS (ou anciennement catégories socio-professionnelles) définies ainsi par l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) :

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle

Dans notre étude, les PCS les plus retrouvées chez les pères étaient dans l'ordre décroissant : les employés (n=19 soit 36,54%) puis les ouvriers (n=15 soit 28,84%).

Les catégories les moins représentées étaient à parts égales : les artisans, les commerçants, les chefs d'entreprises (n=1 soit 1,92%), les cadres et professions intellectuelles supérieures (n=1 soit 1,92%).

La majorité des pères étaient en activité avec 11,54% de pères sans activité professionnelle (n=6).

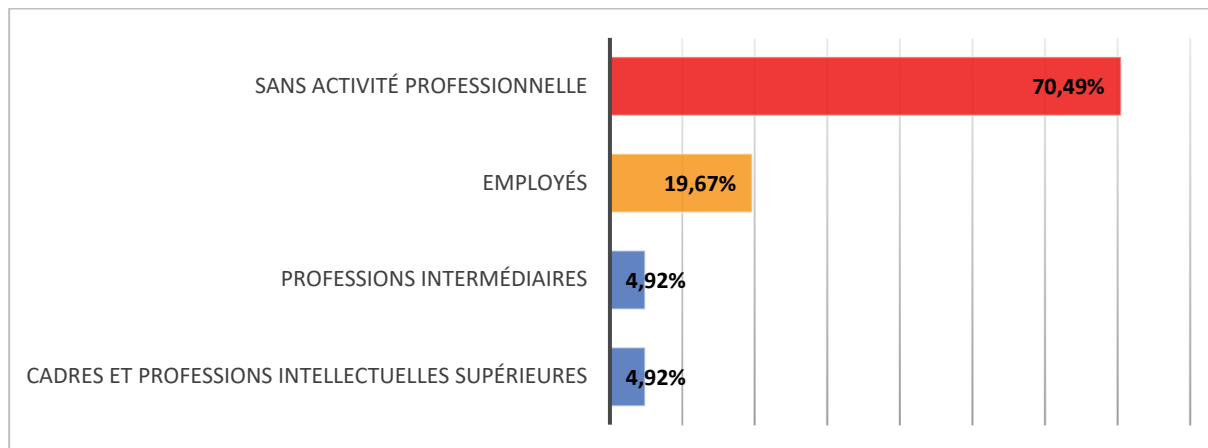


*Figure 3 : Professions et catégories socioprofessionnelles du père*

Parmi les mères, seules quatre PCS ont été retrouvées dans cette population. La majorité étaient sans activité professionnelle (n=43, soit 70,49%). La deuxième PCS représentée était les employées (n=12 soit 19,67%).

Les deux dernières PCS étaient à parts égales : les cadres et professions intellectuelles supérieures (n=3, soit 4,92%) et les professions intermédiaires (n=3, soit 4,92%).





*Figure 4 : Professions et catégories socioprofessionnelles de la mère*

- Schéma familial

La majorité des profils étudiés faisait partie d'une famille composée des deux parents (n=44, soit 72,13%).

Nous avons observé que plus d'un quart du panel (26,23%) était représenté par les familles monoparentales parmi lesquelles 100% étaient des mères célibataires.

Une famille vivait toujours sous le même toit tout en étant séparés (1,64%).

- Taille de la fratrie

Parmi les familles étudiées, près de 41% étaient composées de 2 enfants (n=25) et 29,51% étaient composées d'un enfant unique (n=18).

Les familles nombreuses, définies par un nombre d'enfants supérieur ou égal 3, étaient présentes à 29,51% (n=18).

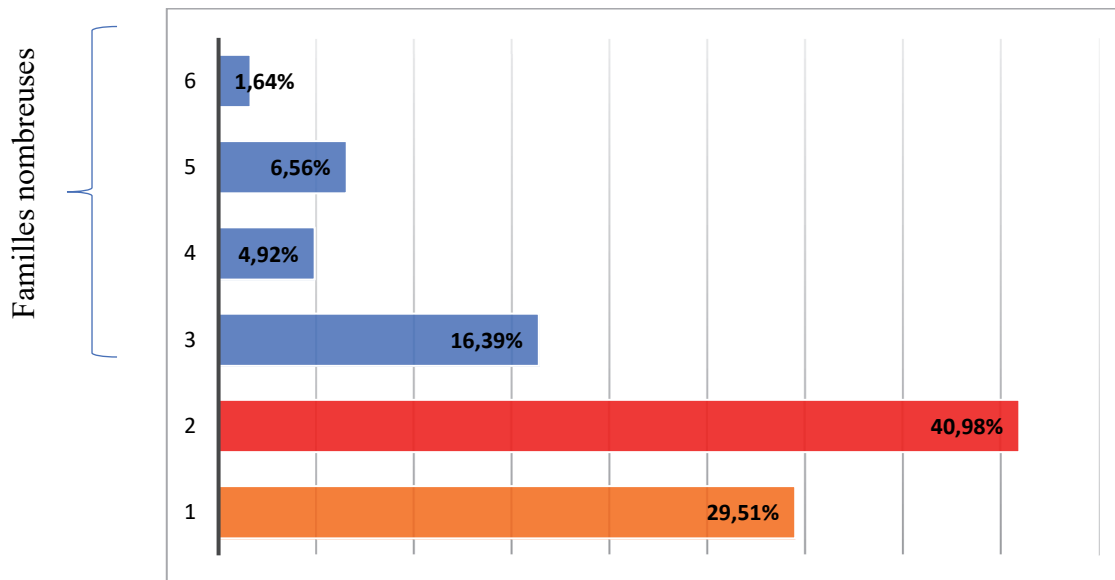


Figure 5 : Taille de la fratrie

- Ainé de sexe masculin

Parmi les enfants participants à l'atelier, nous avons observé la présence à 39,34% d'un aîné de sexe masculin (n=24).

- Bilinguisme

Une majorité des enfants étaient exposés à plus d'une langue à la maison avec 62,30% d'enfants entendant 2 langues (n=38) et presque 5% entendant 3 langues (n=3, soit 4,92%).

Dans ce panel, 20 enfants (32,79%) étaient exposés exclusivement à la langue française.

- Mode de garde

La majorité des enfants ne bénéficiaient pas d'un mode de garde (n=41, soit 67,21%).

Ils étaient 20 à bénéficier d'un mode de garde (32,79%) dont 11 enfants (18,03%) à être gardés en crèche plus de 10 heures par semaine.

- Nombre de mots parlés

La plupart des enfants parlaient moins de 10 mots (n=55 soit 90,16%).

Seul 1 enfant ne parlait pas du tout (1,64%).

Environ 6,56% des enfants parlaient de 10 à 30 mots (n=4) et seulement 1,64% parlaient 30 à 50 mots.

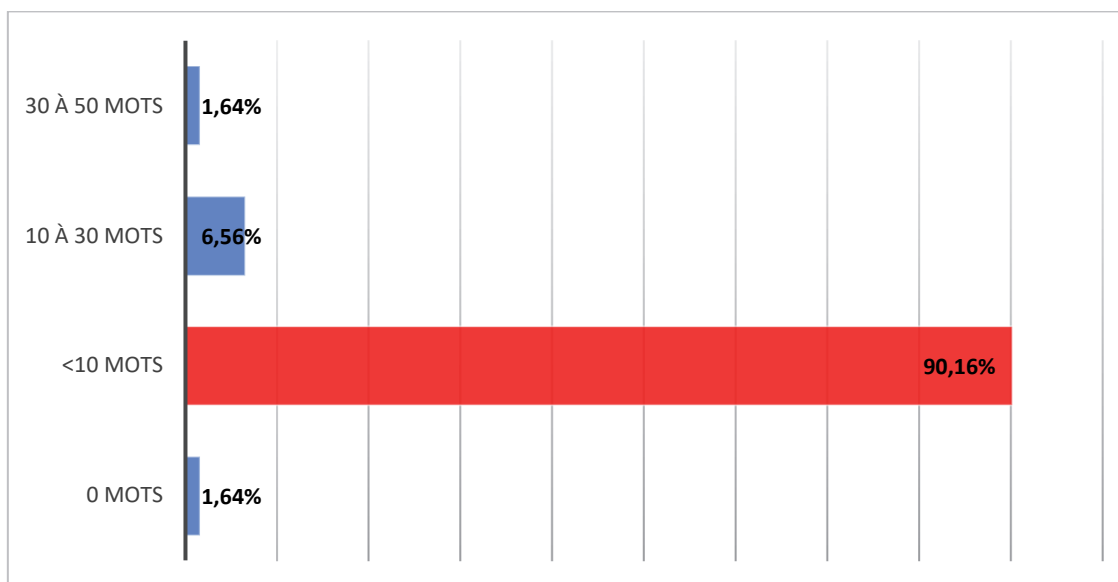


Figure 6 : Nombre de mots parlés

- Pointage

Notre étude comportait 10 enfants qui ne pointaient pas du doigt, soit 16,39%.

- Communication par gestes et/ou cris

La plupart des enfants communiquaient par les gestes et/ou les cris (n=57, soit 93,44%).

Seuls 4 enfants utilisaient un langage adapté (6,56%).

- Compétences psychosociales des parents

❖ Communicatives :

Sur cette question, 63,93% des parents déclaraient beaucoup parler avec leur enfant (n=39).

Ceux qui déclaraient parfois parler avec leur enfant étaient au nombre de 19 soit 31,15%.

Enfin, trois parents déclaraient peu parler avec leur enfant, soit 4,92%.

❖ Sociales :

Plus de la moitié des parents déclaraient pratiquer beaucoup d'activités comme les jeux partagés ou les sorties en extérieur (n=34, soit 55,74%).

Ceux qui déclaraient parfois faire des activités avec leur enfant étaient 17 soit 27,87%.

Les parents qui déclaraient peu faire d'activités étaient présents à 16,39% (n=10).

❖ De transmission :

Il a été demandé aux parents s'ils lisaient des livres avec leur enfant, représentant la notion de transmission. Au total, 34 ont répondu oui (55,74%).

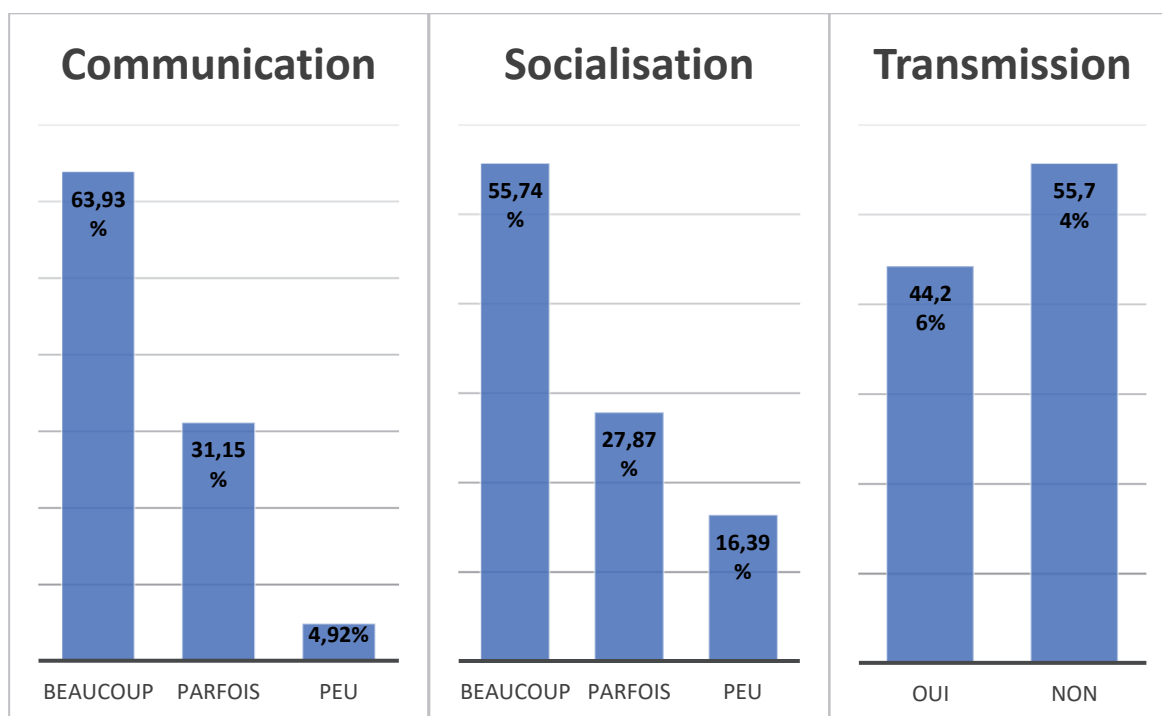


Figure 7 : CPS parentales

- Sommeil

Plus de 2/3 des parents ont rapporté chez leur enfant des troubles du sommeil (n=22, soit 36,06%).

Ils étaient 20 à pratiquer le cododo avec leurs parents soit 32,79%.

- Exposition aux écrans

Plus de la moitié (n=34, soit 55,75%) des enfants étaient exposés plus de 2 heures aux écrans (télévision, smartphone, tablettes).

A noter, deux parents déclaraient avoir récemment arrêté d'exposer leurs enfants aux écrans plus de 2 heures (3,28%).

- Port de la tétine

Un total de 14,75% des enfants portait encore la tétine la journée dans notre panel (n=9/61).

- Orientation

L'orientation des enfants vers l'atelier jeux de langage a été faite majoritairement par un médecin de la PMI (n=22, soit 36,07%), par 3 éducatrices de jeunes enfants de la PMI (4,92%), par 3 puéricultrices de PMI (4,92%) et par 5 autres membres du personnel de la PMI (8,20%).

Sept orthophonistes libérales ont orienté un enfant (11,48%).

Lors des lieux d'accueil parents-enfants organisés par la PMI et le PRE (Programme de réussite éducative), 8 enfants ont été orientés vers l'atelier (13,11%).

Un total de deux enfants était venu à l'atelier grâce au bouche-à-oreille d'anciens participants (3,28%).

Un enfant a été orienté par le PRE local (1,64%), un enfant orienté par une infirmière ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) (1,64%) et un autre enfant orienté par une TISF (Technicien de l'intervention sociale et familiale) intervenue au domicile des parents (1,64%).

Deux enfants ont été envoyés par une crèche (3,28%).

Enfin, deux enfants (3,28%) ont été orientés par un médecin généraliste dont un connaissant bien les activités de la PMI.

Dans notre panel, 6,56% des parents n'avaient pas répondu à cette question.

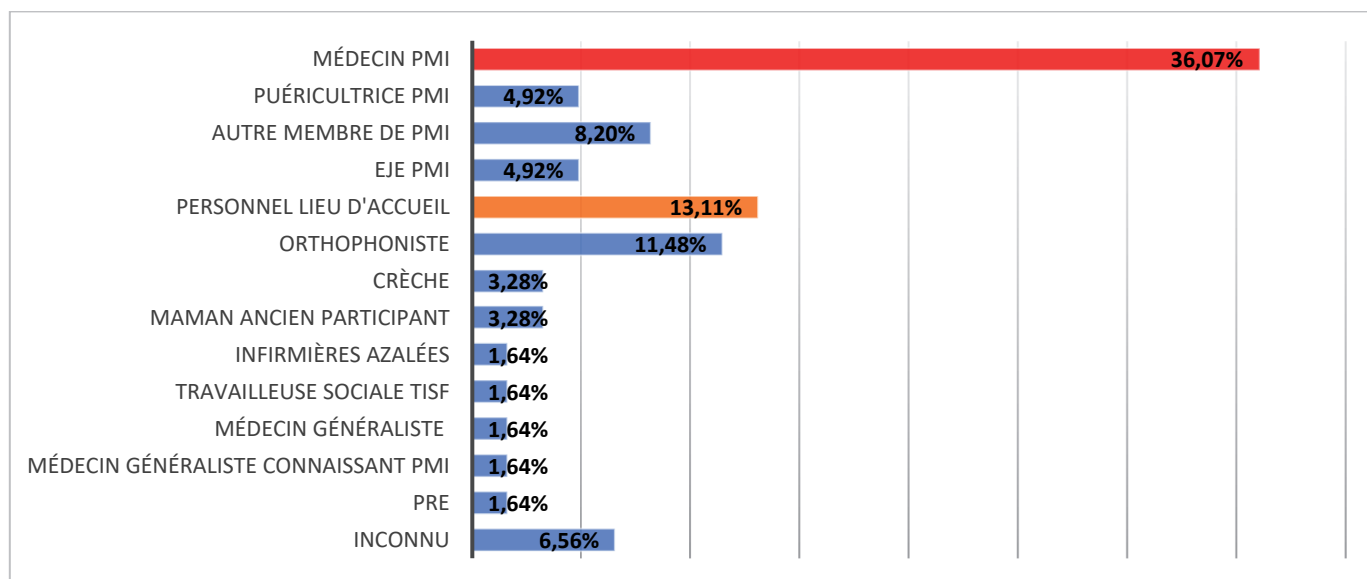


Figure 8 : Origine de l'orientation vers l'atelier

## 2. Tris croisés

### - Conditions défavorables et nombre de mots parlés

- ❖ Sexe masculin : Nous avons voulu montrer le lien entre le fait que l'enfant participant à l'atelier soit de sexe masculin et le retard d'émergence de langage à travers le nombre de mots parlés. Plus de 90% des garçons parlaient moins de 10 mots dans notre population (n=55) mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif (p=1).
- ❖ PCS des parents : Nous avons souhaité savoir si notre étude établissait un lien entre la profession des parents et le retard, afin de mettre en avant un faible niveau d'études parental. Aucune différence significative entre la PCS parentale et le nombre de mots parlés n'a été mise en évidence (p=0,535 pour la PCS des pères et p=0,652 pour les mères).
- ❖ Schéma familial : Aucune différence n'a été démontrée au niveau du langage entre une famille monoparentale et biparentale (p=0,105).

- ❖ Taille de la fratrie : Aucune différence n'a été démontrée au niveau du langage entre un enfant unique et une famille nombreuse ( $p=0,753$ ).
- ❖ Ainé de sexe masculin : Aucune différence n'a été démontrée au niveau du langage lorsque l'enfant repéré avait un grand frère ( $p=0,671$ ).
- ❖ Bilinguisme : Aucune différence n'a été démontrée au niveau du langage entre un foyer utilisant plusieurs langues et une famille parlant uniquement le français ( $p=0,188$ ).
- ❖ CPS parentales de communication : Aucune différence n'a été démontrée au niveau du langage en fonction de la qualité des CPS de communication des parents, qu'ils parlaient beaucoup à l'enfant ou peu ( $p=0,182$ ).
- ❖ Sommeil : Une **tendance significative** sans lien significatif a été démontrée au niveau du langage, entre une famille pratiquant le cododo et une famille où l'enfant dormait dans son propre lit ( $p=0,084$ ).
- ❖ Exposition aux écrans : Une **tendance significative** a été montrée sans lien statistiquement ( $p=0,061$ ) entre une exposition prolongée aux écrans et un faible nombre de mots parlés.

- Conditions socioéconomiques défavorables et mode de garde

Nous avons voulu étudier le lien entre les déterminants socioéconomiques et familiales en fonction de l'existence d'une mode de garde collectif.

- PCS du père : Une **tendance significative** sans lien significatif établi a été démontrée entre une PCS à faible diplôme du père (PCS 6 et 8) et l'absence de mode de garde ( $p=0,068$ ).
- PCS de la mère : Il existait un **lien statistiquement significatif** ( $p=0,019$ ) entre la PCS de la mère et le mode de garde. Dans notre étude, plus de 79% des mères n'ayant pas d'activité professionnelle n'utilisaient pas de mode de garde ( $n=34$ ). A l'inverse, les mères avec une profession à haut niveau de diplôme (PCS 3 et 4) avaient plus tendance

à faire garder leurs enfants avec un taux de 66,67% pour les mères cadres et professions intellectuelles supérieures (n=3) et également de 66,67% pour les mères de profession intermédiaire. Les mères de PCS à moyen niveau de diplôme (PCS 1, 2 et 3) avaient un peu moins tendance que les PCS à haut niveau à faire garder leur enfant avec un taux à 58,33% (n=7).

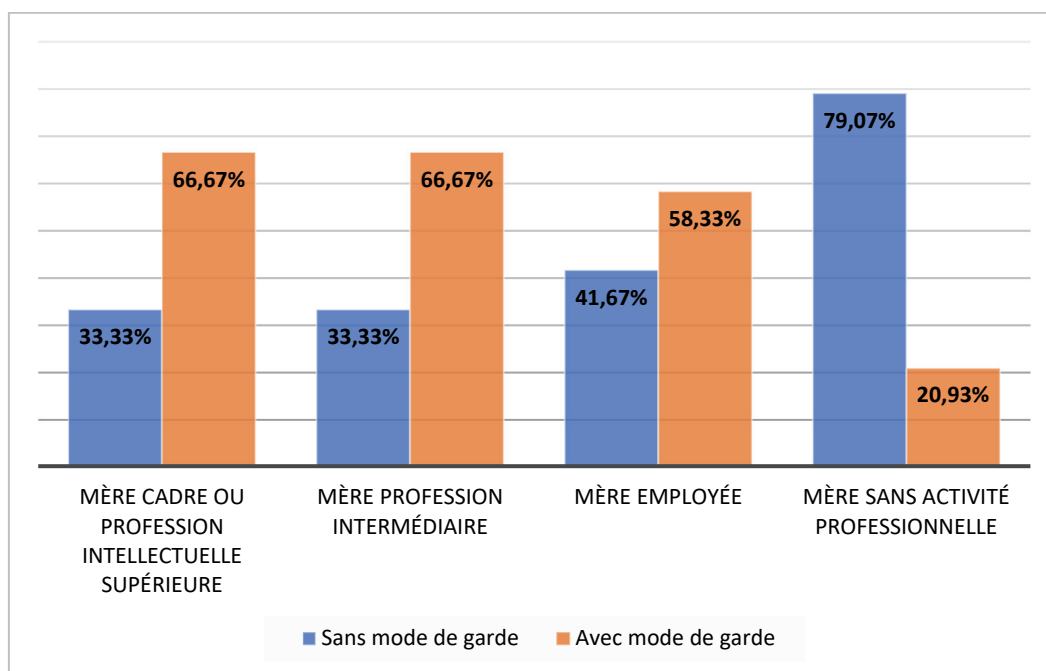


Figure 9 : Mode de garde et PCS maternelle

- Schéma familial : Aucune différence significative n'a été démontrée entre une famille monoparentale constituée exclusivement de mères célibataires dans notre étude et le mode de garde (p=0,841).
- Taille de la fratrie : Aucune différence significative n'a été démontrée entre une famille nombreuse et l'absence de mode de garde (p=0,176).
- Bilinguisme : Il existait un **lien statistiquement significatif** entre le multilinguisme et le mode de garde (p=0,021). Notre étude semblait montrer qu'un enfant exposé à plusieurs langues avait tendance à être moins gardé en crèche : plus de 76% des enfants exposés à 2 langues n'avaient pas de mode de garde (n=29) et 100% des enfants exposés à 3 langues n'avaient pas de mode de garde (n=3). Les enfants qui n'étaient exposés qu'à la langue française semblaient disposer plus fréquemment d'un mode de garde (n=11, soit 55%).



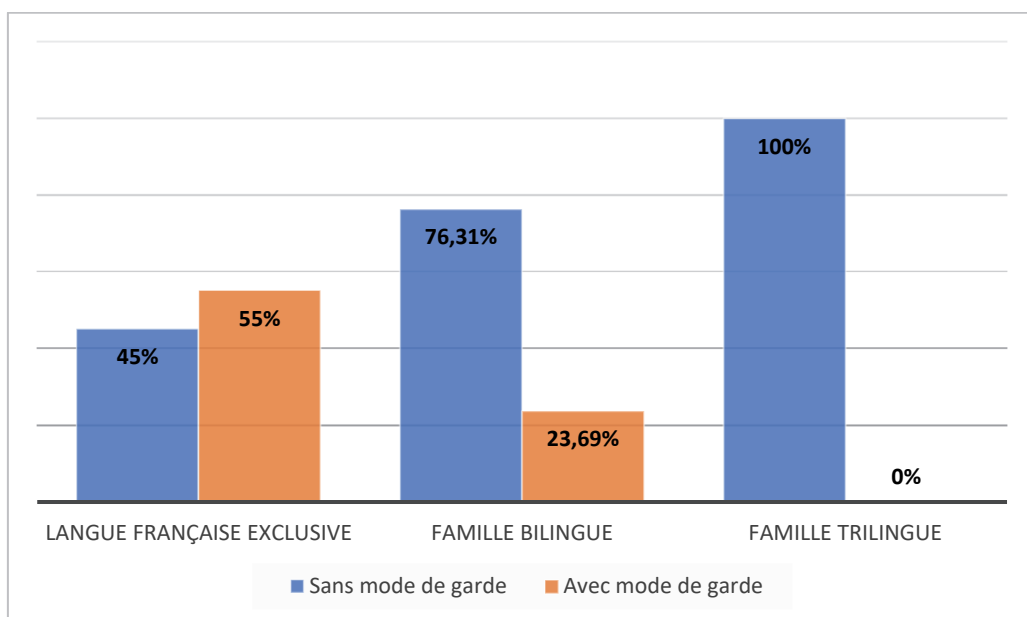


Figure 10 : Mode de garde et nombre de langues parlées au domicile

- CPS parentales communicatives

Nous avons voulu étudier la qualité des CPS parentales de communication en fonction de l'environnement familial.

- Taille de la fratrie : Aucune différence significative n'a été démontrée entre des CPS parentales communicatives de faible qualité et une famille nombreuse ( $p=0,381$ ).
- Ainé de sexe masculin : Aucune différence significative n'a été démontrée entre des CPS parentales communicatives de faible qualité et la présence d'un grand frère ( $p=0,195$ ).
- Communication inadaptée de l'enfant participant : Aucune différence significative n'a été démontrée entre des CPS parentales communicatives de faible qualité et une communication inadaptée de l'enfant participant à l'atelier ( $p=1$ ).

- Taille de la fratrie

Nous avons voulu étudier le lien entre l'existence d'une famille nombreuse et les activités partagées, le cododo et l'exposition aux écrans.

- CPS parentales sociales : Aucune différence significative n'a été démontrée entre la taille de la fratrie et des CPS parentales sociales de faible qualité (peu de sorties, peu de jeux partagés) ( $p=0,186$ ).
- CPS parentales de transmission : Aucune différence significative n'a été démontrée entre la taille de la fratrie et l'absence de notion de transmission (lecture partagée) ( $p=0,763$ ).
- Cododo : Aucune différence significative n'a été démontrée entre la taille de la fratrie et la pratique du cododo ( $p=0,132$ ).
- Exposition aux écrans : Aucune différence significative n'a été démontrée entre la taille de la fratrie et une exposition prolongée aux écrans ( $p=0,816$ ).

# V. Discussion

## 1. Limites et forces de l'étude

### a. Forces de l'étude

- Sujet : Le sujet choisi était original par son aspect global de la prise en charge de l'enfant. Aucune thèse de médecine générale n'abordait la sphère psychosociale ou familiale du retard de langage. Les compétences psychosociales étaient encore trop peu connues de la sphère médicale. Peu de thèses ont abordé la prise en charge de retard de langage des jeunes enfants non scolarisés.
- Santé publique : Ce travail avait comme objectif secondaire la promotion et la prévention de la santé, grâce au renforcement des CPS, qui restait l'un des grands enjeux de santé publique. La politique nationale était de mettre en place toutes les mesures possibles pour diminuer le taux de retard et de troubles du langage, notamment dans notre région afin de lutter contre les inégalités sociales.  
Nous souhaitons mettre en avant ces innovations et les diffuser auprès de la communauté médicale.
- Méthode : L'utilisation majeure de questions fermées a pu permettre d'obtenir des réponses simples et précises, permettant une analyse facilement quantifiable. Grâce à l'aide professionnelle et objective d'un statisticien, elles ont aussi permis des analyses en tri croisé avec d'autres informations pour apporter des éléments supplémentaires.

### b. Limites de l'étude

- Biais de sélection : Du fait de son ancienneté, le centre de Vitrolles était celui qui avait le plus de données : presque 47% des enfants participaient à l'atelier langage de Vitrolles.
- Biais de mémorisation : Les données recueillies à partir des réponses des parents ont pu manquer d'objectivité ou de fiabilité. Ce biais a pu surtout être constaté avec la question

« A quel âge a-t-il dit ses premiers mots ? » où la majorité des patients n'ont pas su répondre précisément. Cette question n'a donc pas été analysée.

- Taille de l'échantillon : Notre plus grande difficulté a été le nombre de questionnaires récoltés. L'atelier jeux de langage était un programme mis en place récemment et les centres de PMI ont dû décaler ou annuler les sessions plusieurs fois à cause de l'épidémie SARS-COVID 19. Seuls 69 bilans d'entrée ont pu être effectués entre novembre 2018 et juin 2021. Parmi eux, nous avons dû exclure 7 enfants car ils ont été scolarisés entre temps. Cette petite taille d'échantillon expliquait en partie le manque de résultats significatifs.

## **2. Analyses et confrontation des résultats à la littérature**

### **- Caractéristiques des enfants repérés**

Nous avons comparé nos résultats avec les recommandations actuelles, les cohortes françaises ELFE et EDEN, ainsi qu'avec les cohortes étrangères existantes.

- Nombre de mots parlés : Aucun enfant de notre étude ne parlait plus de 50 mots. Comme rapporté dans notre prérequis, cela constituait un signe d'appel majeur dès les deux ans de l'enfant (**3, 18**). La majorité (91,8%) parlaient moins de 30 mots. Ces chiffres semblaient souligner le retard de repérage de ces jeunes enfants à risque.

- Sexe masculin : Les enfants de sexe masculin étaient majoritairement présents dans notre étude avec un taux à près de 70%, mais aucun lien statistique n'a pu être établi en fonction du niveau de langage.

Des plusieurs années, les études montraient qu'en moyenne, les enfants de sexe féminin avaient de meilleures compétences linguistiques que les garçons. (**16, 47**). La différence n'était significative que durant les deux premières années de vie avec 3 fois plus de garçons atteints par un retard. Selon une étude québécoise de Caroline Bouchard, la vitesse de développement des deux sexes s'équilibrerait vers 28 mois (**48**). Ces données pouvaient être expliquées par un développement de vocabulaire plus rapide et plus riche chez les filles qui s'exprimaient par plus de mots. Par la suite, elles s'exprimaient par des phrases plus

complexes avec une meilleure syntaxe. Des études ont montré que cela pouvait être expliqué biologiquement par une plus grande vitesse de maturation du cerveau avec les hormones féminines (49).

D'autres études ont souligné que cela pouvait être expliqué par des facteurs liés au genre (50). Les parents auraient tendance à offrir aux filles des jeux favorisant le langage tels que les jeux d'imitation et les garçons plutôt des jeux moteurs. Aussi, les filles ayant déjà une prédisposition physiologique pour le langage, les parents auraient tendance à plus communiquer avec elles.

Une attention particulière devrait donc être portée aux enfants de sexe masculin.

- Catégories socio-professionnelles parentales : Dans notre étude, la majorité des mères (plus de 70%) était sans activité professionnelle. La deuxième PCS retrouvée était les employées à 20%. Les PCS les plus retrouvées chez les pères étaient les employés (36,54%) puis les ouvriers (28,84%). Ils étaient 11,54% à être sans activité.

Dans la littérature française et étrangère, les conditions socio-économiques étaient le facteur défavorisant le plus important. La cohorte ELFE précisait que le développement langagier avant 2 ans était dépendant des conditions socioéconomiques et du mode de garde (51, 52). La HAS parlait de « vulnérabilité socio-économique » pour des parents avec un faible niveau scolaire (3). Notre étude retrouvait majoritairement ce facteur défavorable. Pourtant, les instances nationales impliquées dans la prévention demandaient au généraliste de porter une attention particulière à cette population (40, 42).

La cohorte américaine a montré précisément que les femmes qui avaient un emploi et une bonne situation socio-économique consacraient en moyenne plus de temps à la stimulation cognitive de leur enfant que les femmes sans emploi (16).

Ces différences pouvaient être expliquées par une accumulation de facteurs tels que :

- Des méthodes éducatives de moins bonne qualité et peu adaptées
- Une profession à diplômes et revenus faibles
- Un risque plus élevé de dépression maternelle et de consommation de toxiques
- Un mode de garde moins fréquent, notamment la crèche.

- Schéma familial : Dans notre population, 26,23% des familles étaient des familles monoparentales et constituées uniquement de mères célibataires. La région PACA avait un des taux de familles monoparentales à 27% qui était le plus élevé de France et qui augmentait chaque année. Parmi ces familles, 63% vivaient sous le seuil de pauvreté. En

France, la moyenne était de 23%. Notre résultat correspondait à la situation régionale actuelle.

Les recommandations actuelles considéraient un parent isolé comme un facteur pouvant augmenter le risque de retard **(3)**.

- Taille de la fratrie : A peine 30% des familles de notre panel étaient des familles nombreuses.

Ce résultat différait avec l'étude américaine ayant retrouvé un lien entre le retard d'émergence de langage et une famille nombreuse **(16)**. La cohorte américaine montrait qu'un enfant présentant un retard d'émergence du langage était moins souvent un enfant unique. L'hypothèse qui en ressortait était que ce risque soit lié à la diminution du temps consacré à chacun des enfants alors qu'un enfant unique recevait plus de stimulations. Ainsi, les jumeaux seraient aussi plus à risque d'avoir un retard d'émergence du langage.

- Rang de fratrie : Notre étude retrouvait la présence de près de 40% d'aînés de sexe masculin parmi les enfants repérés mais aucun lien statistique n'a pu être établi en fonction du niveau de langage.

C'était un facteur défavorisant l'acquisition de langage dans la cohorte EDEN **(15)**, confirmé par le CNRS (Centre national de la recherche scientifique).

Les aînés auraient de meilleures performances linguistiques. La présence d'un aîné de sexe masculin augmenterait légèrement le risque pour le cadet de présenter un retard de langage, peu importe l'écart d'âge. Les différentes hypothèses seraient un effet protecteur par la transmission des compétences des grandes sœurs. La deuxième serait une plus faible attention donnée aux grands frères qui apporteraient plus de stress aux parents et impacterait le développement du cadet. Ce facteur de risque est aussi retrouvé dans la cohorte américaine **(16)**.

Il paraît essentiel que ce facteur soit cité dans les recommandations de la HAS.

- Bilinguisme : La plupart des enfants de notre étude étaient exposés à plus d'une langue à la maison. Plus de 62% des enfants vivaient dans une famille bilingue et presque 5% étaient exposés à 3 langues.

Le bilinguisme était perçu depuis longtemps comme facteur défavorable à l'émergence du langage car source de confusion. Mais il est démontré depuis quelques années que l'enfant est tout à fait capable d'apprendre deux langues en même temps car il s'agit de deux lexiques, grammaires et syntaxes différents. Les enfants bilingues ont une vitesse de

développement langagière équivalente à celle des enfants monolingues. Les premiers mots apparaissent aussi en moyenne au même âge (53).

Cette impression de différence pouvait être expliquée par un moins bon repérage et suivi. Une étude de l'INED (Institut national d'études démographiques) sur les travaux de la cohorte ELFE (14) a mis en évidence une différence selon l'origine géographique. Parmi les enfants entrés en maternelle qui ne parlaient que le français, seuls 3,3% présentaient des difficultés de langage. Les enfants ayant une deuxième langue étaient 6,4 % à rencontrer des difficultés mais quand la deuxième langue était d'origine occidentale, le taux diminuait à 5,6%. Le taux augmentait à 11,8% pour les enfants originaires d'Europe centrale, de Russie, de Chine, d'Afrique, d'Asie. Mais il était expliqué que ces différences seraient plutôt liées au niveau socioéconomique des parents.

Le bilinguisme est un biais pour le repérage précoce car un retard de langage chez un enfant bilingue inquiétait moins. Toujours dans cohorte ELFE, seulement 70,9 % des enfants bilingues avaient été orientés ou suivis pour retard de langage versus 90,5 % pour les enfants monolingues. L'auteur suggère que les enfants bilingues étaient excusés de leur retard du fait de leur bilinguisme. On appliquerait plus chez eux l'attitude du « wait and see » ce qui retardait leur prise en charge. Nos résultats semblaient exprimer ce retard de repérage.

A contrario, le bilinguisme était même un avantage pour l'enfant, surtout lorsqu'il était « équilibré », c'est-à-dire quand l'enfant parlait autant une langue que l'autre. En effet, il était montré que ces enfants avaient de meilleures compétences d'apprentissage, de résolution de problèmes et sont plus ouverts aux autres, Il était aussi montré que plus la langue était apprise tôt, plus son acquisition était rapide (54).

- Mode de garde : Dans notre étude, seuls 32,8% bénéficiaient d'un mode de garde. Parmi les 20 enfants gardés, seuls 11 allaient en crèche au moins 10 heures par semaine.

Selon l'enquête « Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants » de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) datant de 2013, 88 % des jeunes enfants non encore scolarisés issus de milieux défavorisés étaient gardés par leurs parents contre 61% pour le reste de la population (55). Un enfant issu d'une famille à faibles revenus avait quasi 5 fois moins de chance d'être accueilli en crèche par rapport à un enfant issu d'une famille aisée.

Ces inégalités seraient en partie dues à la disparité de la répartition des modes de garde sur le territoire français avec une priorité donnée aux parents qui travaillaient. Les micro-

crèches se sont développées pour faire face à la demande, mais ces structures avaient parfois un environnement défavorable (petites pièces, absence d'extérieur).

La cohorte américaine a montré que le mode de garde de type crèche, à raison d'un minimum de 10 heures hebdomadaires, était un facteur protecteur significatif de retard de langage **(16)**. La cohorte ELFE venait de confirmer ce lien significatif en précisant que l'effet était particulièrement positif pour les enfants issus d'un milieu défavorisé **(56)**.

Être gardé en crèche permettrait d'améliorer les CPS de l'enfant et d'avoir accès à un environnement stimulant grâce à la présence de personnel(le)s de la petite enfance expérimentés. Un rapport du ministère de la Santé rapportait déjà en 2016 les bénéfices apportés par un mode de garde en âge préscolaire **(57)**. Il permettrait l'amélioration du développement langagier, de lutter contre les inégalités sociales, d'augmenter la socialisation de l'enfant, d'améliorer sa dextérité manuelle, son empathie, de favoriser l'activité professionnelle maternelle, d'améliorer le développement social et économique des parents.

Au total, dans notre panel, seuls 18% disposaient de ce facteur protecteur, ce qui était faible. Il serait bénéfique d'ajouter ce déterminant essentiel dans les recommandations.

- CPS parentales : Étonnamment, deux-tiers des parents déclaraient beaucoup communiquer avec leur enfant dans notre étude. Un peu plus de 55% des parents déclaraient faire beaucoup d'activités avec leur enfant contre 16,39% déclarant peu en faire. Mais près de la moitié des enfants n'avaient pas de sorties régulières et ne partageaient pas de jeux avec leurs parents, ce qui restait un taux important.

Comme recommandé dans la guide pratique de 2007, il était essentiel de parler à la moindre occasion à son enfant car plus il sera exposé à différents mots, plus son langage se développera **(7)**. On appelle cela le « bain de langage ». Le parent transmet à l'enfant des modèles de communication avec un vocabulaire et une syntaxe riches et variés (dépendant de l'éducation des parents).

Bien que la quantité des interactions soit importante, la qualité l'est encore plus. Le guide rappelait de reformuler, de porter toute son attention sur l'enfant lors des échanges et de lui laisser le temps d'écouter et de s'exprimer. Ainsi, plus les interactions parents-enfant seront nombreuses et de qualité, plus le niveau de stimulation cognitive sera élevé, plus l'enfant sera apte à s'ouvrir à la découverte et l'apprentissage. Cela augmente son ouverture au monde et favorise ses compétences sociales.

Selon la cohorte américaine, l'apprentissage du langage serait favorisé par des jeux partagés avec les parents (jeux avec règles et jeux libres), des activités de motricité globale et fine,



un accès à différents supports de communication (livres, comptines, dessins) et un accès à des structures culturelles (médiathèque) (16).

- Lecture partagée : Environ 44% des parents ne lisaient pas de livres avec leur enfant. La lecture serait l'une des activités les plus efficaces en termes de développement langagier selon la cohorte américaine (16). Il est montré que plus tôt un enfant était introduit à la lecture, moins il aura de risque de présenter un vocabulaire pauvre.
  
- Troubles du sommeil : Dans notre étude, nous avons observé que plus de 2/3 des parents rapportaient un trouble du sommeil chez leur enfant. Il était montré dans des études canadiennes et anglaises (40, 41) qu'un manque de sommeil provoquait des troubles de la mémorisation et de perception des mots entendus, une diminution de la fluence verbale (bégaiement, bredouillement) et plus tard de la capacité à résoudre un problème. Encore plus que chez l'adulte, le jeune enfant nécessite son quota d'heures de sommeil pour consolider l'apprentissage des mots entendus pendant la journée. Les siestes sont indispensables. Les études se poursuivent pour démontrer que les troubles du sommeil sont des facteurs défavorisant significatifs de l'émergence du langage. La majorité de notre population semblait plus exposée à ces complications (58, 59).
  
- Cododo : Nous voulions connaître le taux de pratique du cododo après avoir observé que beaucoup d'enfants semblaient avoir un trouble de l'attachement dans ces familles. La pratique du cododo ou du « co-sleeping » consistait à faire dormir son enfant avec soi dans la même chambre, voire le même lit. Les bénéfices pour le nouveau-né étaient connus : ils renforçaient le lien parents-enfant et favorisait l'allaitement. Les inconvénients étaient également connus : risque de mort subite du nourrisson, d'hyperthermie, diminution de l'intimité des parents et risque de dépendance pour l'endormissement. Finalement, les recommandations des pédiatres étaient d'encourager les parents à dormir avec leur bébé dans la même chambre jusqu'à l'âge de 6 mois, mais chacun dans son propre lit (60). Dans notre étude, ils étaient encore environ 1/3 à le pratiquer après 2 ans alors qu'il était donc conseillé de ne plus le pratiquer après 6 mois.
  
- Exposition aux écrans : Plus de la moitié des enfants de notre panel étaient exposés aux écrans plus de 2 heures par jour. Le danger de la surexposition précoce aux écrans sur le développement de l'enfant était de plus en plus constaté en pratique et devenu un sujet abordé par de multiples récents travaux.

Entre 0 et 3 ans, c'est la période de maturation du cerveau où les découvertes et les apprentissages se font. Une exposition excessive aux écrans (télévision, tablette, téléphone...) laisserait moins de temps pour les apprentissages. Même allumée en fond, la télévision perturberait l'attention de l'enfant. Les écrans empêchent les interactions car il n'y a pas de langage adressé ni d'adaptation du niveau de langage.

Les images et le son des écrans seraient beaucoup trop rapides pour le cerveau de l'enfant. Selon la cohorte ELFE, 67,7 % des parents d'enfants de 2 à 3,5 ans ont déclaré exposer leurs enfants quotidiennement aux écrans. Si l'enfant était exposé quotidiennement avant 1 an, le risque de retard de langage était multiplié par 6. Pour les enfants âgés de 2 à 4 ans, 2 heures quotidiennes multipliaient par 3 le risque de retard de langage **(61)**. Selon une autre étude française, ce risque serait encore plus grand si le parent ne communiquait pas et si l'exposition avait lieu le matin avant l'école **(62)**.

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) recommandait dans son Plan National Nutrition Santé (PNNS) de proscrire les écrans avant 3 ans. Il recommandait une exposition minimale entre 2 et 5 ans par tranche de quart d'heure **(63)**. Idéalement, l'exposition aux écrans devrait être de moins d'une heure par jour, avec un objectif éducationnel précis et accompagnée d'un adulte pour échanger. Il était constaté que l'accompagnement du parent lors de l'exposition aux écrans était moindre chez les parents issus d'un milieu défavorisé, ce qui renvoyait à la problématique majeure des inégalités sociales de santé.

Notre taux de 55,75% était un peu inférieur à celui retrouvé dans la cohorte française ELFE (67,7 %) mais restait cependant élevé **(61)**.

- Port de la tétine : Nous avons demandé aux parents si leur enfant portait la tétine la journée, ils étaient encore 14,75%.

Les avis des études différaient sur la significativité de l'impact du port de la tétine, de l'utilisation du pouce encore de la succion des biberons de manière excessive **(64)**.

L'un des principes de prise en charge orthophonique dans le cadre de difficultés de langage, était l'apprentissage du souffle, essentiel pour la prononciation. Or, le port excessif ou prolongé de la tétine empêcherait ce travail et pourrait provoquer des troubles dentaires.

D'après une autre cohorte américaine, plus petite, les enfants qui utilisaient la tétine ou le pouce plus de 3 ans auraient un risque élevé de développer des troubles de la parole tel que le zozotement. La tétine après 2 ans pourrait devenir uniquement un objet de réassurance pour l'enfant et ses parents. Les recommandations n'étaient pas très claires car il était important de respecter le rythme de l'enfant mais il était conseillé d'effectuer le sevrage de la tétine ou du pouce entre 12 et 18 mois **(65)**.

- Signes d’alerte : Nous avons posé la question du pointage pour évaluer le degré de retard de repérage de ces signes. Notre étude retrouvait une absence de pointage simple chez plus de 16% des enfants, ce qui montrait un retard encore trop important dans le repérage systématique.

Dans notre prérequis, une absence de pointage simple devait être systématiquement repérée à 12 mois. Une absence de pointage proto-déclaratif à 18 mois constituait un signe d’alerte majeur (18). La HAS recommandait de repérer une absence de pointage à 18 mois (3, 7).

- Orientation : L’orientation des enfants repérés pour difficultés langagières était en très grande partie faite par le personnel de la PMI et des établissements médico-sociaux. Sur un panel de 61 enfants, seuls 2 médecins généralistes ont orienté un enfant. L’une d’eux connaissait bien les activités de la PMI car une consœur de ce cabinet y travaillait à mi-temps. Ces données semblaient souligner le manque de liens entre les centres de PMI et les médecins généralistes et la difficulté de repérage et de prise en charge en cabinet. Nous avons listé ci-dessous 2 hypothèses pouvant l’expliquer :

- Par manque de collaboration : Plusieurs thèses ont exploré ce manque de collaboration et retrouvaient les causes suivantes : un manque d’informations de la part de la PMI sur ses missions et ses activités, une perception de prise en charge différente pour chaque partie (médecine curative versus préventive) et pour certains médecins généralistes, une absence de besoin des services de la PMI (66, 67).
- Par une attitude rassurante de type « wait and see » : L’attitude « wait and see approach » consistait à simplement surveiller l’évolution de l’enfant et d’attendre l’entrée en maternelle que langage émerge. Elle pouvait être justifiée par le temps consacré aux rendez-vous médicaux, au stress causé par les différents tests, par la stigmatisation de ce décalage par rapport aux autres enfants et par les délais d’attente de prise en charge orthophonique. Mais selon une étude américaine (68), le « wait and see » était contre-productif et obsolète de nos jours. Il engendrait malgré tout un stress pour l’enfant et son entourage. Les études montraient que plus le retard de langage persistait lors de la 3<sup>e</sup> année, moins l’enfant aurait de chances de rattraper spontanément son retard avant 6 ans. En effet, dans cette étude, 82 % des enfants avaient toujours des tests de dépistages en-dessous de la norme à 30 mois (69). Attendre pour voir présenterait un risque à ce que l’enfant ait des troubles persistants mais également des conséquences à moyen et long terme.

### - Mode de garde et environnement familial

Nous avons pu obtenir deux résultats statiquement significatifs en croisant ces deux conditions. Le mode de garde était moins fréquent chez les familles dont la mère ne travaillait pas et chez les familles qui parlaient plusieurs langues.

Dans la littérature et les recommandations, le niveau socio-économique des parents, dont le niveau d'étude faisait partie, était un facteur défavorable (3, 51, 52). En particulier, le statut socioéconomique de la mère influençait sur le développement langagier, ce que nous retrouvions dans notre étude (16). Nous avons rapporté que les enfants issus de milieux défavorisés étaient plus gardés par leurs parents. Notre lien significatif entre le bilinguisme et la profession de la mère semblait aussi plutôt être expliqué par le statut socioéconomique.

Au total, un enfant issu d'un milieu défavorisé et ne bénéficiant pas d'un mode de garde avait significativement un niveau de langage plus faible que les autres. Ces résultats semblaient montrer l'importance d'interroger les parents sur l'environnement familial et surtout sur l'accumulation de facteurs défavorisant.

### **3. Propositions d'amélioration des pratiques**

- **Diffusion de la consultation et cotation dédiées au repérage** : Dans ses recommandations de 2020, la HAS demandait aux médecins généralistes de prévoir une consultation dédiée au repérage, suffisamment longue et disjointe d'autres objectifs de soin ou de suivi (3). C'est pourquoi une nouvelle cotation encore méconnue a été créée. Elle est nommée « **cotation repérage trouble de l'enfant (CTE)** » et réalisable 1 fois par an, de 0 à 6 ans. Cette cotation est valorisante avec un tarif de 60€ (70). Il est nécessaire de diffuser cette nouveauté auprès des généralistes afin de valoriser leur pratique.
- **Systématisation d'une consultation à 18 mois** : La HAS préconisait d'organiser cette consultation dédiée à l'âge de 18 mois car c'est la période où les prémices d'un TND pouvaient apparaître (3). De plus, il y a un intervalle de temps important entre les consultations obligatoires du 9<sup>e</sup> et du 24<sup>e</sup> mois. Il serait bénéfique de rendre officiellement une consultation obligatoire à 18 mois.

➤ **Développement de la formation du généraliste :**

- **Troubles du langage :** Le plan ministériel de 2001 prévoyait d'améliorer la formation initiale des médecins, notamment pendant le second et troisième cycle afin d'améliorer leurs compétences sur les troubles du langage (38).

A la faculté d'Aix-Marseille, un module portant sur la prise en charge de l'enfant en soins primaires a été récemment mis en place. Parmi les objectifs cités, le module abordait le dépistage des troubles du développement dont le TSA et la prise en charge des difficultés d'apprentissage.

Un diplôme universitaire (DU) est aussi proposé à la faculté d'Aix-Marseille, appelé « Parcours de Santé des enfants avec TSLA » (71).

- **Prise en charge globale :** Pendant la réalisation de mon travail de thèse, j'ai pu assister à un autre module mis en place depuis peu par la faculté d'Aix-Marseille, nommé « Patient d'une autre culture » dont une partie reposait sur les CPS. L'objectif était de comprendre « les enjeux et les aspects médico-psycho-sociaux de situations spécifiques pour pouvoir prendre en charge le patient de façon adaptée dans leur globalité ». Les situations abordées étaient les demandeurs d'asile, les bénéficiaires de l'aide médicale d'état, les patients en demande de titre de séjour étranger malades, etc...

- **Renforcement du lien PMI-généralistes :** Dans l'une des thèses citées dans notre comparaison à la littérature concernant l'orientation, une fiche d'information résumant les missions de la PMI avait été envoyée aux médecins interrogés (67). Il a été observé une amélioration significative de leurs connaissances. Une distribution de fiches par courrier postal ou électronique décrivant les activités du centre de PMI local pourrait être faite afin de permettre une meilleure coordination du parcours de l'enfant. Des rencontres organisées par les centres de PMI avec les médecins généralistes de proximité pourraient aussi être organisées pour les informer et établir un premier contact direct.

➤ **Diffusion des outils à disposition du généraliste :**

- **OSCAR :** La HAS a sollicité les ARS afin de mettre à disposition des listes des ressources par territoire et des informations pour faciliter les échanges entre les différents professionnels entourant le jeune enfant. Grâce à cela, le site OSCAR Santé a été créé, comme cité dans notre prérequis (41). Ce site référence les structures médico-sociales proposant des interventions de prévention sur de nombreux thèmes. Concernant les interventions liées aux difficultés langagières et au renforcement des CPS, quelques-unes étaient référencées comme l'atelier jeux de langage de l'association

Salon Action Santé mais aucun atelier jeux de langage organisé en centre de PMI n'était encore référencé. Il paraît essentiel de tous les référencer.

- GNCRA : Depuis fin 2020, pour appliquer les recommandations de la HAS, le ministère de la Santé et le Groupement National des Centres Ressources Autisme proposent un outil de repérage en ligne des écarts inhabituels de développement (72). Il a été créé pour les médecins de première ligne ayant abordé ou repéré des difficultés de développement. Le test aide le médecin dans l'évaluation objective de la situation et le guide en cas de nécessité d'orientation. Le test est proposé pour les enfants de 6 mois à 7 ans.

Le site est dans la même lignée que les sites d'aide à la décision médicale souvent appréciés par les médecins généralistes tels que 'Antibiocliv' ou encore 'Gestaclic'.

Récemment, le Ministère a publié un document nommé « Repérer et guider. A remplir par le médecin. » (70). Il s'agit de grilles de repérage des écarts inhabituels de développement en fonction de l'âge. Elles reprennent les signes d'alerte dans le domaine de la motricité, du langage et de la socialisation, de 6 mois à 7 ans sous forme d'items à cocher (Annexe 5). Une page dédiée aux facteurs environnementaux et aux CPS émotionnelles a été créée. Il est bien précisé que c'est la sévérité ou le caractère durable qui rend ces facteurs à risque.

Et surtout, il a été intégré un formulaire d'adressage (Annexe 6) pour les enfants présentant plusieurs signes d'alerte (minimum 2 avant 3 ans). C'est une voie d'entrée privilégiée et pratique vers la plateforme de coordination et d'orientation des parcours de bilans et interventions précoces. Il ne semble pas répertorier directement les programmes de stimulation précoces comme celui que nous avons étudié mais semble déjà être un premier pont entre le médecin de premier recours et les structures médico-sociales.

Une liste des plateformes régionales est proposée (73). En PACA, la plateforme est gérée par le CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) de Toulon. Les plateformes des autres régions sont en cours de mise en place. Cela permet de mettre en place un parcours de soins coordonné, efficient et précoce. Des consultations vers les acteurs concernés (ORL, orthophoniste, psychomotricien(ne), psychologue, ergothérapeute) sont organisées en moins de 3 mois et sont prise en charge pendant 1 an. Nous ne pouvons que valoriser cette stratégie et avons ajouté le lien dans notre fiche-synthèse.

- Déclic Langage : Un autre site d'aide au repérage des troubles du langage oral dédié aux professionnels de santé et notamment aux généralistes a été créé suite aux recommandations de 2017 de la HAS (7, 74). Ce site indépendant et très complet a été créé par un médecin généraliste pour donner suite à sa thèse sur le repérage des troubles du langage. Le praticien pourrait l'utiliser pendant sa consultation afin de suivre le développement de l'enfant en fonction de son âge. Il pourrait aussi y retrouver les signes d'alerte, les outils recommandés et le guide de parcours de santé élaboré par l'HAS.

#### 4. Ouvertures

- Recherche d'autres facteurs : Depuis 20 ans, des recherches se font sur l'identification des facteurs de risque dans le retard et les troubles du langage mais elles sont encore limitées car difficiles à étudier. D'autres facteurs sont étudiés et mériteraient d'être approfondis à l'aide de grandes cohortes internationales afin développer de nouvelles recommandations :
  - L'épilepsie : Des études étrangères rapportaient que la moitié des enfants atteints d'épilepsie avaient un problème d'apprentissage, pouvant parfois provoquer des problèmes de langage et de communication mais les cohortes étaient de petites tailles (75, 76). Les crises d'épilepsies sévères (supérieures à 30 minutes) ont été évaluées comme facteur de risque de retard de langage à cause d'un retard global des acquisitions dans deux cohortes étrangères de petites tailles également (77, 78). L'enfant atteint d'épilepsie sévère rencontrerait des difficultés d'attention lors du traitement des informations phonétiques.
  - La dépression maternelle : Une revue de littérature canadienne révélait qu'une dépression maternelle post-natale provoquerait de nombreux troubles : un retard des acquisitions, un trouble de l'affect, un attachement maternel précaire, un trouble de la socialisation, des troubles de l'attention et des troubles anxieux (79). Le stress des parents ralentirait le développement langagier car les stimulations étaient de moindre qualité et quantité.
  - Accumulation de facteurs : La prévalence du retard d'acquisition du langage semble augmenter avec l'**accumulation** de facteurs de risques. En effet, d'après une petite cohorte écossaise de 2013 étudiant plusieurs facteurs de risque, seul 2,6 % des enfants n'ayant aucun facteur de risque présenteront un retard de langage. Parmi les enfants ayant un facteur de risque, 8,5 % d'entre eux présenteront un retard. Ce chiffre monte à 34,8 % pour les enfants ayant deux facteurs de risques et enfin, jusqu'à 71,4 % pour les enfants ayant trois facteurs de risque mais il existait plusieurs biais dans cette étude (80).

➤ **Généralisation des modes de garde** : A travers la mise à jour de son rapport sur le parcours des 1000 premiers jours de l'enfant, le ministère informait de l'importance de la qualité du mode d'accueil de l'enfant pour le développement de ses CPS et pour lutter contre les inégalités sociales (39). Quelques résultats de la cohorte ELFE étaient cités. Le ministère souhaite prendre exemple sur le Québec qui a beaucoup investi dans l'éducation et le bon développement du jeune enfant. La commission souhaite « mettre l'accent sur la garantie d'un accès universel à un mode d'accueil de qualité pour tous les enfants, dans le respect l'égalité des chances ». Plus précisément, les experts préconisent des structures accueillant un maximum de 5 enfants par professionnel(le), une amélioration de leur formation grâce à une augmentation de rémunération et une réforme des études. Les experts proposent d'investir dans la création de modes d'accueil de qualité en fonction des besoins territoriaux, de mettre en conformité ceux existant et de créer un label appelé « Bébé plus ». Ce label est synonyme d'accueil de parents avec des jeunes enfants, proposant des activités adaptées à leur âge, à leurs besoins affectifs et cognitifs. Depuis cette proposition, un premier centre va justement ouvrir en ce mois de novembre 2021 à Arras, dans les Hauts-de-France. Ils recommandent aussi la création d'une instance nationale dédiée à la coordination et l'évaluation des lieux d'accueil. Ils préconisent de prioriser l'accueil des enfants à risques ou ayant des besoins spécifiques, de former les professionnel(le)s au repérage de signes d'alerte et enfin de valoriser la diversité culturelle et le plurilinguisme des enfants accueillis.

➤ **Evaluation et diffusion des interventions de prévention** :

- **Evaluation** : De nombreuses études américaines ont montré que ce type d'intervention était efficace pour lutter contre les retards langagiers car permet de repérer précocement les enfants à risque de présenter de tels retards (81).

En France, aucune évaluation avec de grandes cohortes n'est encore parue dans la littérature. Le ministère de la santé s'est engagé à lancer des programmes de financement et à créer des centres de recherche « Petite Enfance » pour permettre des investigations supplémentaires. Les experts proposent aussi la création d'une Centre national d'évaluation des pratiques dédié aux 1000 jours, pouvant être financé par la CAF et Santé Publique France (39).

Des évaluations internes sont faites depuis la création de l'atelier jeux de langage à Salon-de Provence il y a 5 ans par la psychologue et coordinatrice du centre Salon Action Santé Pascale Inaudi. La psychologue Delphine Lecourtois, qui a aidé à la



mise en place des ateliers jeux-langage dans les centres PMI, a aussi évalué l'apport de cette action à travers son master.

Les parents ont été interrogés à la fin d'un cycle. L'atelier a été bénéfique au niveau des compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Il a été rapporté par les parents : "J'ai aussi compris comment stimuler mon enfant grâce aux jeux, à la prise de plaisir de faire avec lui ; « En participant, je me suis aperçue du décalage entre mon enfant et les autres, et cela m'a permis de réadapter mes demandes et mes exigences". "J'ai beaucoup appris comment faire et quoi faire" "j'ai appris qu'il ne fallait pas que je le force à parler" ; « Ça va de mieux en mieux. Il s'intègre dans le groupe classe. Il est moins avec moi, cela lui a fait du bien. Il veut aller voir les autres. Il fait beaucoup d'efforts et est en progrès de langage. » L'atelier a suivi de plusieurs prises en charge orthophoniques. Les parents se sentaient réassurés et soutenus.

- **Diffusion** : Ce travail de thèse a été sélectionné par le Département Universitaire de Médecine Générale d'Aix-Marseille dans la liste des candidats pouvant présenter leur travail lors du colloque de Médecine Générale ayant lieu en février 2022. Ce travail sera également présenté devant l'ARS PACA en fin d'année, afin de promouvoir l'intérêt des interventions pilotées par cette dernière et diffuser nos recherches.

## **VI. Conclusion**

L'acquisition du langage est un des piliers du bon développement et du bien-être de l'enfant mais en France 5% des enfants sont concernés par un trouble du langage. Un trouble persistant et sévère ou « dysphasie » est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux (TND).

Le retard de langage peut-être un signe précurseur d'un TND ou peut se rattraper spontanément. Cependant, la littérature rapporte que le retard de langage entraîne des conséquences néfastes sur la santé et la qualité de vie de l'enfant : troubles du comportement et de socialisation, échec scolaire et professionnel, etc...

Devant des difficultés langagières, la Haute Autorité de Santé recommande au généraliste, qui est en première ligne, de rechercher des facteurs de risque de TND mais ils ne sont pas spécifiques au langage et abordent peu l'environnement de l'enfant. Les recommandations sont limitées quant à la prise en charge des enfants non scolarisés présentant des difficultés modérées.

Notre travail de thèse avait pour objectif principal de décrire une population à risque de retard de langage afin d'étayer ces recommandations. Pour cela, nous avons comparé nos résultats à ceux des deux cohortes françaises et à la littérature étrangère.

Nous avons analysé le profil d'enfants participants à l'atelier jeux de langage, qui est un programme de stimulation langagière pour les enfants non scolarisés et présentant un retard de langage modéré.

Dans notre étude, la majorité des enfants présentaient les facteurs ou éléments de risque suivants : sexe masculin, présence d'un grand frère, catégorie socioprofessionnelle parentale à faible niveau de diplôme, absence de mode de garde, exposition aux écrans et troubles du sommeil. Nous avons trouvé un lien entre le mode de garde et la profession de la mère. Ce résultat semblait souligner l'impact de l'accumulation de facteurs. Des enfants présentaient encore des signes d'appel qui devraient être repérés à 18 mois et 24 mois. Seuls 2 médecins généralistes ont orienté un enfant vers cet atelier. Ces résultats ont souligné le retard dans le repérage et l'orientation. Les éléments protecteurs retrouvés étaient la garde en crèche. La littérature y ajoutait les activités partagées.

Avec ces données, nous avons créé une fiche-synthèse pour améliorer et clarifier les pratiques du médecin généraliste. Il serait bénéfique de confirmer l'influence de ces facteurs et d'actualiser les recommandations.

Pour prendre en charge ces difficultés, une collaboration entre le généraliste, l'enfant, son entourage, les professionnel(les) de la petite enfance, les orthophonistes et les spécialistes est nécessaire. Pour aider le généraliste, le ministère de la Santé a récemment mis en place une fiche d'adressage vers des plateformes dédiées à l'organisation du bilan et des interventions précoces d'enfants repérés pour développement inhabituel.

En attendant ou si les difficultés sont légères et influencées par l'environnement, une guidance parentale et une orientation vers des programmes de stimulation du langage sont recommandées.

L'atelier jeux de langage fait partie des interventions de prévention à proposer. Elles sont de plus en plus nombreuses et pilotées par le ministère de la Santé et les Agences Régionales de Santé. C'est un lieu où l'environnement est favorable à l'émergence du langage. Les compétences psychosociales (CPS) de l'enfant et de ses parents y sont renforcées grâce à des outils et des stratégies. Les études montraient que le renforcement des CPS avait un bénéfice significatif sur le développement de l'enfant. Notre objectif secondaire était de promouvoir l'intérêt des CPS auprès de la communauté médicale.

Notre étude a mis en évidence que le médecin généraliste était encore trop peu présent dans ce parcours. Les propositions d'amélioration de ses pratiques sont d'encourager le repérage dès le plus jeune âge lors d'une consultation annuelle dédiée et grâce à la récente cotation spécifique « CTE », de favoriser les rencontres avec les différents professionnel(les) de l'enfance de proximité et de renforcer sa formation initiale.

Date et signature du Président du Jury

Le 21/10/2021

Pr Stéphanie Gentile



## **VII. Annexes**

### **ANNEXE 1 : Questionnaire bilan d'entrée atelier jeux de langage**

1. Quel est le sexe de votre enfant ?
2. Quel âge a votre enfant ?
3. Quelle est la profession du père ?
4. Quelle est la profession de la mère ?
5. Vivez-vous avec le père/la mère de l'enfant ?
6. Combien y-a-t-il de frères et sœurs à la maison ?
7. Combien d'ainés a-t-il ?
8. A-t-il un aîné de sexe masculin ?
9. Combien de langues sont parlées à la maison ?
10. Pointe-t-il du doigt pour montrer quelque chose ?
11. Votre enfant a-t-il bénéficié d'un mode de garde ?
12. Si oui, est-il allé en crèche plus de 10 heures par semaine ?
13. Qui a orienté votre enfant ?
14. Votre enfant parle-t-il ?
15. Si oui, à quel âge a-t-il dit ses premiers mots ?
16. Si oui, combien de mots dit-il actuellement ?
17. Communique-t-il par les gestes ou les cris ?
18. Vous semble-t-il que son développement est différent de celui de ses frères et sœurs ?
19. Est-ce que vous parlez beaucoup avec votre enfant ?
20. Est-ce que vous faites des activités avec votre enfant (jeux, sorties...) ?
21. Est-ce que vous racontez des histoires à votre enfant ?
22. Votre enfant dort-t-il dans son lit ?

23. A-t-il des troubles du sommeil ?

24. Votre enfant est-il exposé aux écrans plus de 2 heures par jour ?

25. Est-ce qu'il porte une tétine la journée ?

# ANNEXE 2 : Résultats collectés

Session 0421 Vitrolles : n1	Masculin	2 ans et 11 mois	3) Quel âge a votre enfant ?	4) Quelle est la profession du père ?	5) Vivez-vous avec le père/la mère de l'enfant ?
Session 0421 Vitrolles : n2	Masculin	2 ans	Chauffeur livreur (6)	Agent de surface (5)	Oui
Session 0421 Vitrolles : n3	Masculin	2 ans et 2 mois	Employé à La Poste (5)	Au foyer, en recherche d'emploi (8)	Non
Session 0421 Vitrolles : n4	Masculin	2 ans et 4 mois	Carroleur-scieur (6)	Au foyer (8)	Oui
Session 0421 Vitrolles : n5	Masculin	2 ans et 7 mois	Cadre de santé (3)	Ancienne technicienne de laboratoire (8)	Oui
Session 0121 Vitrolles : n1	Masculin	2 ans et 4 mois	Chauffeur routier (6)	Au foyer (8)	Oui
Session 0121 Vitrolles : n2	Féminin	2 ans et 11 mois	Conducteur d'engin (6)	Au foyer (8)	Oui
Session 0121 Vitrolles : n3	Féminin	2 ans et 3 mois	Chauffeur routier (6)	Au foyer (8)	Oui, séparés
Session 0920 Vitrolles : n1	Masculin	2 ans et 10 mois	Au foyer, sans emploi (8)	Au foyer, ancienne employée La Poste (8)	Non
Session 0120 Vitrolles : n1	Masculin	2 ans	Employé à La Poste (5)	Restauration (5)	Oui
Session 0120 Vitrolles : n2	Masculin	2 ans et 4 mois	Formateur (5)	Au foyer (8)	Oui
Session 0120 Vitrolles : n3	Féminin	2 ans	Employé dans le BTP (6)	Au foyer (8)	Oui
Session 0919 Vitrolles : n1	Féminin	2 ans et 2 mois	Frigoriste (6)	Au foyer (8)	Non
Session 0919 Vitrolles : n2	Féminin	2 ans et 3 mois	Auto-entrepreneur BTP (2)	Au foyer (8)	Oui
Session 0919 Vitrolles : n3	Masculin	2 ans et 3 mois	Sans emploi (8)	Au foyer, ancienne auxiliaire de vie (8)	Oui
Session 0919 Vitrolles : n4	Masculin	2 ans et 10 mois	Chauffeur routier (6)	Au foyer, ancienne informaticienne (8)	Oui
Session 0919 Vitrolles : n5	Masculin	2 ans et 4 mois	Employé de restauration (5)	Au foyer, ancienne secrétaire (8)	Oui
Session 0319 Vitrolles : n1	Masculin	2 ans	Chauffeur poids lourds (6)	Aide médico-psychologique (5)	Oui
Session 0319 Vitrolles : n2	Masculin	3 ans et 2 mois	Facteur (5)	Au foyer, ancienne opticienne (8)	Oui
Session 0319 Vitrolles : n3	Masculin	2 ans et 1 mois	Maçon (2)	Au foyer (8)	Oui
Session 0319 Vitrolles : n4	Féminin	2 ans et 10 mois	Educateur sportif (4)	Fonctionnaire (5)	Oui
Session 0319 Vitrolles : n5	Masculin	2 ans et 1 mois	0	Au foyer (8)	Non
Session 0319 Vitrolles : n6	Masculin	2 ans et 11 mois	Chauffeur livreur (6)	Ingénieure en informatique (3)	Oui
Session 0319 Vitrolles : n7	Masculin	2 ans	Déménageur (5)	Coiffeuse (5)	Oui
Session 1118 Vitrolles : n1	Masculin	2 ans et 1 mois	Enseignant (4)	Architecte paysagiste (3)	Oui
Session 1118 Vitrolles : n2	Féminin	3 ans et 2 mois	Sans emploi, au foyer (8)	Au foyer (8)	Oui
Session 1118 Vitrolles : n3	Masculin	2 ans et 3 mois	Au foyer (8)	Au foyer (8)	Non
Session 1118 Vitrolles : n4	Masculin	2 ans et 3 mois	Agent de sécurité (5)	Agent de surface (5)	Oui
Session 1020 Nautilie : n1	Féminin	2 ans et 2 mois	0	Au foyer (8)	Non
Session 1020 Nautilie : n2	Féminin	2 ans et 8 mois	Ouvrier (6)	Au foyer (8)	Oui
Session 0121 Nautilie : n1	Masculin	2 ans et 5 mois	Agent d'entretien (5)	Au foyer (8)	Non
Session 0121 Nautilie : n2	Masculin	2 ans et 10 mois	Ouvrier (6)	Au foyer (8)	Oui
Session 0121 Nautilie : n3	Féminin	2 ans et 10 mois	Agent de sécurité (5)	Au foyer (8)	Non
Session 0421 Nautilie : n1	Masculin	2 ans et 3 mois	Ménuisier (2)	Au foyer (8)	Non
Session 0421 Nautilie : n2	Masculin	2 ans et 11 mois	Employé de restauration (5)	Au foyer (8)	Oui
Session 0421 Nautilie : n3	Féminin	2 ans et 3 mois	Pompier (5)	Préparatrice en pharmacie (4)	Oui
Session 0421 Nautilie : n4	Masculin	2 ans et 6 mois	Electricien (2)	Au foyer (8)	Oui
Session 0421 Nautilie : n5	Masculin	2 ans	0	Au foyer (8)	Oui
Session 0421 Gardanne : n1	Masculin	2 ans et 1 mois	Ouvrier (6)	Au foyer (8)	Oui
Session 0421 Gardanne : n2	Masculin	3 ans et 1 mois	Technicien chauffagiste (5)	Préparatrice en pharmacie (4)	Oui
Session 1020 Flamants : n1	Masculin	2 ans	Comptable (4)	Assistante maternelle (5)	Oui
Session 1020 Flamants : n2	Féminin	3 ans	Employé société BTP (5)	Au foyer, ancienne secrétaire (8)	Oui
Session 1020 Flamants : n3	Masculin	2 ans et 4 mois	Chauffeur de bus (5)	Secrétaire (5)	Oui
Session 1020 Flamants : n4	Féminin	2 ans et 7 mois	Gérant restaurateur (2)	Au foyer (8)	Non
Session 1020 Flamants : n5	Masculin	2 ans et 4 mois	Agent immobilier (5)	En formation assistance gestion, ancienne bou	Non
Session 0421 Flamants : n1	Masculin	2 ans et 6 mois	En arrêt maladie (8)	Au foyer (8)	Oui
Session 0421 Flamants : n2	Masculin	2 ans et 2 mois	Conseiller service client (5)	Secrétaire (5)	Non
Session 0421 Flamants : n3	Masculin	2 ans et 10 mois	Agent de sécurité (5)	Coiffeuse (5)	Oui
Session 0421 Flamants : n4	Féminin	1 an et 11 mois	Sans emploi, au foyer (8)	Au foyer (8)	Non
Session 0421 Flamants : n5	Féminin	2 ans et 5 mois	Manager commercial (4)	Congé parental (8)	Oui
Session 0920 Salon : n1	Masculin	2 ans et 3 mois	Logisticien (5)	0	Oui
Session 0920 Salon : n2	Féminin	2 ans et 2 mois	0	Au foyer (8)	Non
Session 0920 Salon : n3	Masculin	2 ans et 6 mois	Electricien (2)	Au foyer (8)	Oui
Session 1220 Salon : n1	Féminin	2 ans et 2 mois	Préparateur de commande (5)	Au foyer (8)	Oui
Session 1220 Salon : n2	Masculin	2 ans et 1 mois	Au foyer, sans emploi (8)	Institutrice (4)	Oui
Session 1220 Salon : n3	Féminin	2 ans et 5 mois	Ouvrier (6)	Au foyer (8)	Non
Session 1220 Salon : n4	Féminin	3 ans	0	Aide soignante (5)	Oui
Session 1220 Salon : n5	Masculin	3 ans et 2 mois	0	Au foyer (8)	Oui



12) Si oui, est-il allé en crèche plus de 10 heures par semaine ?	13) Qui a orienté votre enfant ?	14) Votre enfant parle-t-il ?	15) Si oui, à quel âge a-t-il dit ses premiers mots ?	16) Si oui, combien de mots dit-il actuellement ?	17) Communique-t-il par les gestes ou les cris ?
Oui	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Non, 2 fois par semaine	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	Orthophoniste	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Puéricultrice PMI	Oui	8 mois papa	<10	Oui
	Médecin PMI	Non			Oui
	Médecin généraliste connaissant PM	Oui	1 an	30_50	Oui
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Orthophoniste	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Non	Travailleuse sociale TSF	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Non, 2 fois par semaine	Educatrice jeunes enfants PMI	Oui	1 an	<10	Oui
	PRE	Oui	1 an	<10	Oui
	Orthophoniste	Oui	18 mois	<10	Oui
	TSF lieu d'accueil	Oui	Ne sait pas	<10	Non
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	2 ans	<10	Oui
	Maman ancien participant	Oui	Ne sait pas	10_20	Oui
Non	Personnel lieu d'accueil	Oui	18 mois	10_20	Oui
	Personnel lieu d'accueil	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	Orthophoniste	Oui	2 ans	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	Orthophoniste	Oui	2 ans et 10 mois	<10	Oui
	Personnel lieu d'accueil	Oui	<1 an	<10	Oui
Non	Personnel lieu d'accueil	Oui	10 mois	<10	Oui
Non	Orthophoniste	Oui	2 ans et 4 mois	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	18 mois	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	<2 ans	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	2 ans	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	EJE PMI	Oui	2 ans et demi	10_20	Non
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	10_20	Oui
Non	Médecin généraliste	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	Maman ancien participant	Oui	1 an	<10	Non
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	EJE PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	10 mois	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	Avant 1 an	<10	Oui
Non	Infirmières Azalées	Oui	Avant 1 an	>50	Non
Oui	Inconnu	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Inconnu	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	Orthophoniste	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Inconnu	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	Crèche	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Non	Puéricultrice PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Crèche	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Puéricultrice PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Médecin PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	Personnel lieu d'accueil	Oui	8 mois	<10	Oui
	Personnel lieu d'accueil	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	PMI	Oui	2 ans	<10	Oui
	PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	Personnel lieu d'accueil	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Oui	PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
Non	PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui
	PMI	Oui	9 mois	<10	Oui
Non	PMI	Oui	Ne sait pas	<10	Oui







## ANNEXE 3 : Descriptif global

<b>Variable</b>	<b>Total (N=61)</b>
1) Sexe de l'enfant, n/N (%)	
Féminin	19/61 (31.15%)
Masculin	42/61 (68.85%)
2) Quel âge a votre enfant ?	
Moyenne	2,37 ans
3) Quelle est la profession du père ?, n/N (%)	(N=52)
1	1/52 (1.92%)
2	6/52 (11.54%)
3	1/52 (1.92%)
4	4/52 (7.92%)
5	19/52 (36.54%)
6	15/52 (28.84%)
8	6/52 (11.54%)
4) Quelle est la profession de la mère ?, n/N (%)	
3	3/61 (4.92%)
4	3/61 (4.92%)
5	12/61 (19.67%)
8	43/61 (70.49%)
5) Vivez-vous avec le père/la mère de l'enfant ?, n/N (%)	
- Oui	44/61 (72.13%)
- Non	16/61 (26.23%)
- Oui, séparés	1/61 (1.64%)
6) Combien y a-t-il de frères et sœurs à la maison ?, n/N (%)	
0	18/61 (29.51%)
1	25/61 (40.98%)
2	10/61 (16.39%)
3	3/61 (4.92%)
4	4/61 (6.56%)
6	1/61 (1.64%)
8) A-t-il un aîné de sexe masculin ?, n/N (%)	
Oui	24/61 (39.34%)
Non	37/61 (60,66%)
9) Combien de langues sont parlées à la maison ?, n/N (%)	
1	20/61 (32.79%)
2	38/61 (62.30%)
3	3/61 (4.92%)
10) Pointe-t-il du doigt pour montrer quelque chose ?, n/N (%)	
Oui	10/61 (16,39%)
Non	51/61 (83,61%)
11) Votre enfant a-t-il bénéficié d'un mode de garde ?, n/N (%)	
Oui	20/61 (32,79%)
Non	41/61 (67,21%)
12) Si oui, est-il allé en crèche plus de 10 heures par semaine ?, n/N (%)	(N=20)

Oui	11/20 (55.00%)
Non	8/20 (40.00%)
Non, 2 fois par semaine	1/20 (5.00%)
14) Votre enfant parle-t-il ?, n/N (%)	
Oui	60/61 (98,36%)
Non	1/61 (1,64%)
16) Si oui, combien de mots dit-il actuellement ? n/N (%)	
0 mots	1/61 (1,64%)
<10 mots	55/61 (90,16%)
10 à 30 mots	4/61 (6,56%)
30 à 50 mots	1/61 (1,64%)
17) Communique-t-il par les gestes ou les cris ? n/N (%)	
Oui	57/61 (93,44%)
Non	4/61 (6,56%)
18) Vous semble-t-il que son développement est différent de celui de ses frères et sœurs ?, n/N (%)	(N=39), 22 MD
Ne sait pas	1/39 (2.56%)
Non	4/39 (10.26%)
Oui	34/39 (87.18%)
19) Est-ce que vous parlez beaucoup avec votre enfant ?, n/N (%)	
Beaucoup	39/61 (63.93%)
Parfois	19/61 (31.15%)
Peu	3/61 (4.92%)
20) Est-ce que vous faites des activités avec votre enfant (jeux, sorties...) ?, n/N (%)	
Beaucoup	34/61 (55.74%)
Parfois	17/61 (27.87%)
Peu	10/61 (16.39%)
21) Est-ce que vous racontez des histoires à votre enfant ?, n/N (%)	
Oui	34/61 (55.74%)
Non	27/61 (44,26%)
22) Votre enfant dort-t-il dans son lit ?, n/N (%)	
Oui	41/61 (67.21%)
Non	20/61 (32,79%)
23) A-t-il des troubles du sommeil ?, n/N (%)	
Oui	22/61 (36,06%)
Non	39/61 (63,94%)
24) Votre enfant est-il exposé aux écrans plus de 2 heures par jour ?, n/N (%)	
Oui	34/61 (55.74%)
Non	25/61 (40.98%)
Non, avant oui	2/61 (3.28%)
25) Est-ce qu'il porte une tétine la journée ?, n/N (%)	
Oui	9/61 (14.75%)
Non	52/61 (85.25%)
13) Qui a orienté votre enfant ?, n/N (%)	
Crèche	2/61 (3.28%)
Travailleuse sociale TISF	1/61 (1.64%)
EJE PMI	3/61 (4.92%)
Inconnu	4/61 (6.56%)

Infirmières Azalées	1/61 (1.64%)
Maman ancien participant	2/61 (3.28%)
Médecin généraliste	1/61 (1.64%)
Médecin généraliste connaissant PMI	1/61 (1.64%)
Médecin PMI	22/61 (36.07%)
Orthophoniste	7/61 (11.48%)
Personnel lieu d'accueil	8/61 (13.11%)
PMI	5/61 (8.20%)
PRE	1/61 (1.64%)
Puéricultrice PMI	3/61 (4.92%)

## ANNEXE 4 : Tris croisés

### ➤ Langage en fonction des facteurs défavorisant

Variable	<10 (N=55)	10 à > 50 (N=6)	p-value	Test
3) Quelle est la profession du père ?, n/N (%)	(N=54), 1 MD	(N=5), 1 MD	0.535	(a)
- (0)	7/54 (12.96%)	0/5 (0.00%)		
- (1)	1/54 (1.85%)	0/5 (0.00%)		
- (2)	6/54 (11.11%)	0/5 (0.00%)		
- (3)	1/54 (1.85%)	0/5 (0.00%)		
- (4)	4/54 (7.41%)	0/5 (0.00%)		
- (5)	17/54 (31.48%)	2/5 (40.00%)		
- (6)	12/54 (22.22%)	3/5 (60.00%)		
- (8)	6/54 (11.11%)	0/5 (0.00%)		
4) Quelle est la profession de la mère ?, n/N (%)			0.652	(a)
- (3)	3/55 (5.45%)	0/6 (0.00%)		
- (4)	2/55 (3.64%)	1/6 (16.67%)		
- (5)	11/55 (20.00%)	1/6 (16.67%)		
- (8)	39/55 (70.91%)	4/6 (66.67%)		
5) Vivez-vous avec le père/la mère de l'enfant ?, n/N (%)			0.105	(a)
- Oui	40/55 (72.73%)	4/6 (66.67%)		
- Non	15/55 (27.27%)	1/6 (16.67%)		
- Oui, séparés	0/55 (0.00%)	1/6 (16.67%)		
6) Combien y a-t-il de frères et sœurs à la maison ?, n/N (%)			0.753	(a)
- 0	17/55 (30.91%)	1/6 (16.67%)		
- 1	22/55 (40.00%)	3/6 (50.00%)		
- 2	8/55 (14.55%)	2/6 (33.33%)		
- 3	3/55 (5.45%)	0/6 (0.00%)		
- 4	4/55 (7.27%)	0/6 (0.00%)		
- 6	1/55 (1.82%)	0/6 (0.00%)		
8) A-t-il un aîné de sexe masculin ?, n/N (%)	21/55 (38.18%)	3/6 (50.00%)	0.671	(a)
9) Combien de langues sont parlées à la maison ?, n/N (%)			0.188	(a)
- 1	16/55 (29.09%)	4/6 (66.67%)		
- 2	36/55 (65.45%)	2/6 (33.33%)		
- 3	3/55 (5.45%)	0/6 (0.00%)		
19) Est-ce que vous parlez beaucoup avec votre enfant ?, n/N			0.182	(a)
- Beaucoup	33/55 (60.00%)	6/6 (100.00%)		
- Parfois	19/55 (34.55%)	0/6 (0.00%)		
- Peu	3/55 (5.45%)	0/6 (0.00%)		
22) Votre enfant dort-t-il dans son lit ?, n/N (%)	39/55 (70.91%)	2/6 (33.33%)	0.084	(a)
24) Votre enfant est-il exposé aux écrans plus de 2 heures par jour ?			0.061	(a)
- Oui	28/55 (50.91%)	6/6 (100.00%)		
- Non	25/55 (45.45%)	0/6 (0.00%)		
- Non, avant oui	2/55 (3.64%)	0/6 (0.00%)		
(a) Pearson's Chi-square				

## ➤ Mode de garde en fonction de la situation socio-familiale

Variable	Non (N=41)	Oui (N=20)	Total (N=61)	p-value	Test
3) Quelle est la profession du père ?, n/N (%)	(N=40), 1 MD	(N=19), 1 MD	(N=59), 2 MD	0.068	(a)
- (0)	6/40 (15.00%)	1/19 (5.26%)	7/59 (11.86%)		
- (1)	0/40 (0.00%)	1/19 (5.26%)	1/59 (1.69%)		
- (2)	5/40 (12.50%)	1/19 (5.26%)	6/59 (10.17%)		
- (3)	0/40 (0.00%)	1/19 (5.26%)	1/59 (1.69%)		
- (4)	1/40 (2.50%)	3/19 (15.79%)	4/59 (6.78%)		
- (5)	12/40 (30.00%)	7/19 (36.84%)	19/59 (32.20%)		
- (6)	10/40 (25.00%)	5/19 (26.32%)	15/59 (25.42%)		
- (8)	6/40 (15.00%)	0/19 (0.00%)	6/59 (10.17%)		
4) Quelle est la profession de la mère ?, n/N (%)				0.019	(a)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2,44%	10,00%	3/61 (4.92%)		
Professions Intermédiaires	2,44%	10,00%	3/61 (4.92%)		
Employées	12,20%	35,00%	12/61 (19.67%)		
Autres personnes sans activité professionnelle	82,93%	45,00%	43/61 (70.49%)		
5) Vivez-vous avec le père/la mère de l'enfant ?, n/N (%)				0.841	(a)
- Oui	30/41 (73.17%)	14/20 (70.00%)	44/61 (72.13%)		
- Non	10/41 (24.39%)	6/20 (30.00%)	16/61 (26.23%)		
- Oui, séparés	1/41 (2.44%)	0/20 (0.00%)	1/61 (1.64%)		
6) Combien y a-t-il de frères et sœurs à la maison ?, n/N (%)				0.176	(a)
- 0	8/41 (19.51%)	10/20 (50.00%)	18/61 (29.51%)		
- 1	18/41 (43.90%)	7/20 (35.00%)	25/61 (40.98%)		
- 2	9/41 (21.95%)	1/20 (5.00%)	10/61 (16.39%)		
- 3	2/41 (4.88%)	1/20 (5.00%)	3/61 (4.92%)		
- 4	3/41 (7.32%)	1/20 (5.00%)	4/61 (6.56%)		
- 6	1/41 (2.44%)	0/20 (0.00%)	1/61 (1.64%)		
9) Combien de langues sont parlées à la maison ?, n/N (%)				0.021	(a)
Langue française exclusivement	21,95%	55,00%	20/61 (32.79%)		
Bilinguisme	70,73%	45,00%	38/61 (62.30%)		
Trilinguisme	7,32%	0%	3/61 (4.92%)		

(a) Pearson's Chi-square

## ➤ Lien PCS-mode de garde

	Sans mode de garde	Avec mode de garde
Mère cadre ou profession intellectuelle supérieure	33,33%	66,67%
Mère profession intermédiaire	33,33%	66,67%
Mère employée	41,67%	58,33%
Mère sans activité professionnelle	79,07%	20,93%

## ➤ Lien plurilinguisme-mode de garde

	Sans mode de garde	Avec mode de garde
Langue française exclusive	45%	55%
Famille bilingue	76,31%	23,69%
Famille trilingue	100%	0%

➤ CPS parentales en fonction des facteurs familiaux défavorisant

Variable	Beaucoup (N=39)	Parfois (N=19)	Peu (N=3)	Total (N=61)	p-value Test
6) Combien y a-t-il de frères et sœurs à la maison ?, n/N (%)					0.381 (a)
- 0	15/39 (38.46%)	2/19 (10.53%)	1/3 (33.33%)	18/61 (29.51%)	
- 1	15/39 (38.46%)	9/19 (47.37%)	1/3 (33.33%)	25/61 (40.98%)	
- 2	6/39 (15.38%)	3/19 (15.79%)	1/3 (33.33%)	10/61 (16.39%)	
- 3	2/39 (5.13%)	1/19 (5.26%)	0/3 (0.00%)	3/61 (4.92%)	
- 4	1/39 (2.56%)	3/19 (15.79%)	0/3 (0.00%)	4/61 (6.56%)	
- 6	0/39 (0.00%)	1/19 (5.26%)	0/3 (0.00%)	1/61 (1.64%)	
8) A-t-il un âiné de sexe masculin ?, n/N (%)	12/39 (30.77%)	10/19 (52.63%)	2/3 (66.67%)	24/61 (39.34%)	0.195 (a)
17) Communique-t-il par les gestes ou les cris ?, n/N (%)	36/39 (92.31%)	18/19 (94.74%)	3/3 (100.00%)	57/61 (93.44%)	1.000 (a)

(a) Pearson's Chi-square



➤ Taille de la fratrie en fonction des facteurs familiaux-  
environnementaux

Variable	1 à 2 enfants (N=43)	3 enfants ou + (N=18)	Total (N=61)	p-value	Test
20) Est-ce que vous faites des activités avec votre enfant (jeux, sorties...) ?, n/N (%)				0.186	(a)
- Beaucoup	26/43 (60.47%)	8/18 (44.44%)	34/61 (55.74%)		
- Parfois	9/43 (20.93%)	8/18 (44.44%)	17/61 (27.87%)		
- Peu	8/43 (18.60%)	2/18 (11.11%)	10/61 (16.39%)		
21) Est-ce que vous racontez des histoires à votre enfant ?, n/N (%)	25/43 (58.14%)	9/18 (50.00%)	34/61 (55.74%)	0.763	(a)
22) Votre enfant dort-t-il dans son lit ?, n/N (%)	26/43 (60.47%)	15/18 (83.33%)	41/61 (67.21%)	0.132	(a)
24) Votre enfant est-il exposé aux écrans plus de 2 heures par jour ?, n/N (%)				0.816	(a)
- Oui	23/43 (53.49%)	11/18 (61.11%)	34/61 (55.74%)		
- Non	19/43 (44.19%)	6/18 (33.33%)	25/61 (40.98%)		
- Non, avant oui	1/43 (2.33%)	1/18 (5.56%)	2/61 (3.28%)		
(a) Pearson's Chi-square					

## ANNEXE 5 : Exemple fiche signes d'alerte à 3 ans



### **SIGNES D'ALERTE** **À 3 ANS (36 MOIS)**

2 « non » dans 2 domaines différents

#### **Motricité globale, contrôle postural et locomotion**

- Monte l'escalier seul en alternant les pieds (avec la rampe)  oui  non
- Saute d'une marche  oui  non

#### **Motricité fine (cognition)**

- Empile huit cubes (sur modèle)  oui  non
- Copie un cercle sur modèle visuel (non dessiné devant lui)  oui  non
- Enfile seul un vêtement (bonnet, pantalon, tee-shirt)  oui  non

#### **Langage oral**

- Dit des phrases de trois mots (avec sujet et verbe, objet)  oui  non
- Utilise son prénom ou le « je » quand il parle de lui  oui  non
- Comprend une consigne orale simple (sans geste de l'adulte)  oui  non

#### **Socialisation**

- Prend plaisir à jouer avec des enfants de son âge  oui  non
- Sait prendre son tour dans un jeu à deux ou à plusieurs  oui  non

Commentaire libre :

## ANNEXE 6 : Formulaire adressage enfant repéré



# FORMULAIRE D'ADRESSAGE

### Adressage à la plateforme

Je propose un parcours de bilan et/ou d'interventions précoces à adapter en fonction des capacités de l'enfant à prendre en charge par la plateforme de coordination et d'orientation des parcours de bilan et interventions précoces.

### Coordonnées de la plateforme

Rendez-vous sur [www.handicap.gouv.fr/plateformes-tnd](http://www.handicap.gouv.fr/plateformes-tnd) pour trouver l'adresse de la plateforme dans votre département.

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone :

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Signes d'alerte

*Préciser : mode de recueil de l'information, tests ou grilles utilisés si différents de la grille Stratégie nationale autisme/TND ci-jointe*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grille de repérage renseignée :  oui  non


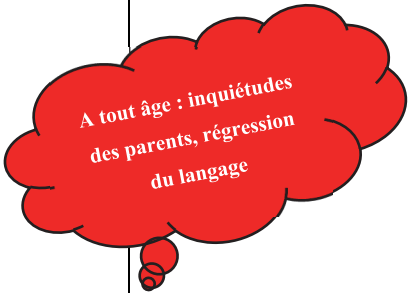
Date et lieu :   /   /

Signature du médecin

Tampon du médecin (avec numéro RPPS)  
ou numéro FINESS établissement

# ANNEXE 7 : Fiche-synthèse




## POPULATION A RISQUE, SIGNES D'APPEL ET ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE AVANT 3 ANS PAR LE MEDECIN DE 1<sup>ER</sup> RECOURS

POPULATION A RISQUE	QUAND S'INQUIETER ?	SIGNES D'APPEL	ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD de retard/trouble du langage</li> <li>- ATCD pré et périnatal (prématurité, pathologie, toxiques)</li> <li>- Sexe masculin</li> <li>- Ayant un grand frère</li> <li>- Exposition aux écrans</li> <li>- <b>Vulnérabilité socio-économique parentale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faible niveau scolaire et faible PCS</li> <li>▪ Faible niveau de revenu</li> <li>▪ Parent isolé</li> </ul> </li> <li>- <b>Vulnérabilité psychoaffective parentale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Violences familiales</li> <li>▪ Négligence, maltraitance</li> <li>▪ Troubles psychologiques parentaux</li> </ul> </li> <li>- <b>Environnement familial défavorable :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peu d'échanges</li> <li>▪ Discours inadapté</li> <li>▪ Peu d'autonomie</li> <li>▪ Peu de jeux &amp; lectures partagés</li> <li>▪ Port tétine &gt; 18 mois</li> <li>▪ Absence de mode de garde</li> </ul> </li> </ul>	<b>A 12 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de babillage, pointage, gestes sociaux</li> <li>- Ne réagit pas à son prénom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Si <math>\geq 2</math> signes d'alerte :</b> <b>Formulaire d'adressage</b> vers la plateforme : <a href="https://handicap.gouv.fr/les-plateformes-de-coordination-et-dorientation-tnd">https://handicap.gouv.fr/les-plateformes-de-coordination-et-dorientation-tnd</a></li> </ul>
	<b>A 18 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun mot signifiant</li> <li>- <b>Absence de pointage</b></li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Si &lt; 2 signes :</b> <b>guidance parentale, mise en place d'un environnement favorable</b></li> <li>- Réévaluation régulière</li> </ul>
	<b>A 2 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 50 mots</li> <li>- Absence d'association de mots</li> </ul>	
	<b>A 3 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de phrase constituée (sujet-verbe-complément)</li> <li>- N'utilise pas le « je »</li> <li>- Comprit par l'entourage uniquement</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Si <math>\geq 2</math> signes d'alerte :</b> <b>Formulaire d'adressage</b> vers la plateforme : cf précédemment</li> <li>- <b>Si &lt; 2 signes et environnement défavorable :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Programmes de stimulation :</b> Allô PMI de proximité pour évaluation et prise en charge</li> <li>▪ Autres programmes sur <a href="http://cres-paca.org">cres-paca.org</a></li> <li>▪ <b>Guidance parentale</b></li> </ul> </li> <li>- Réévaluation régulière</li> </ul>

CS dédiée repérage annuel 0-6ans : cotation CTE

- ATCD : antécédent  
- PCS : Profession-catégorie socioprofessionnelle  
- PMI : Protection Maternelle et Infantile

### Guidance parentale :

- Pas ou peu d'écrans avant 3 ans 
- Lectures, comptines et jeux partagés 
- Communiquer fréquemment, lentement, avec des mots simples et des phrases courtes 
- Description du quotidien, reformuler plutôt que faire répéter, éviter d'anticiper ses demandes
- Adapter le discours au niveau de langage
- Ecouter et laisser le temps de répondre
- Encourager l'enfant, rendre l'apprentissage ludique
- Sorties régulières, favoriser mode de garde type crèche

## VIII. Bibliographie

- 1. Société Française de Pédiatrie.** Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. [Internet] Guide pratique.. Mars 2007 . [cité le 14 oct 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette\\_troubles-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles-2.pdf)
- 2. Barry M, Dowling K, Centre collaborateur OMS de recherche en promotion de la santé, National University of Ireland Galway.** Synthèse de la littérature d'interventions probantes pour le développement des compétences psychosociales. Septembre 2015. [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2017/11/SIPREV-CPS-VF-GLOBAL.pdf>
- 3. Société Française de Néonatalogie. Haute Autorité de Santé.** Recommandations de bonnes pratiques. Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque. Février 2020. [Internet]. [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/fs\\_tnd\\_synthese\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/fs_tnd_synthese_v2.pdf)
- 4. Clegg J, Hollis C, Mawhood L, Rutter M.** Developmental language disorders--a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. J Child Psychol Psychiatry. févr 2005;46(2):128-49.
- 5. C F, M. L, Rosman S, N P-F.** La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Etudes& Résultats. 1 août 2007;
- 6. Rudolph JM.** Case History Risk Factors for Specific Language Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Speech Lang Pathol. 15 août 2017;26(3):991-1010.
- 7. Haute Autorité de Santé.** Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissage. Décembre 2017. [Internet]. [cité 23 oct 2021].

Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages)

**8. Delahaie M.** L'évolution du langage de l'enfant: de la difficulté au trouble guide de ressources pour les professionnels. 2e éd. Saint-Denis: Éd. INPES; 2009. (Dossiers varia).

**9. Collège National des Pédiatres Universitaires. Développement psychomoteur de l'enfant. Aspects normaux des développements psychomoteur, intellectuel, affectif et social** [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/developpement\\_psychomoteur/site/html/2.html#2](http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/developpement_psychomoteur/site/html/2.html#2)

**10. Association québécoise des neuropsychologues.** Trouble développemental du langage [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://aqnp.ca/documentation/developpemental/dysphasie/>

**11. Boissel A, Ouss L.** Prématurité et risques psychopathologiques : la mise à l'épreuve des liens | Cairn.info [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2015-1-page-181.htm>

**12. Deforge H, Andre M, Hascoet J-M, Fresson J, Toniolo A-M.** Conséquences de la grande prématurité dans le domaine visuo-spatial, à l'âge de cinq ans. Archives de Pédiatrie. 1 mars 2009;16(3):227-34.

**13. Carol Westby.** Adverse Childhood Experiences: What Speech-Language Pathologists Need to Know - 2018 [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1048395018796520>

**14. Elfe - Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance** [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.elfe-france.fr/>

- 15. Présentation de l'étude | EDEN** [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <http://eden.vjf.inserm.fr/page/9/presentation-de-letude>
- 16. Zubrick SR, Taylor CL, Rice ML.** Late Language Emergence at 24 Months: An Epidemiological Study of Prevalence, Predictors, and Covariates. *J Speech Lang Hear Res.* déc 2007;50(6):1562-92.
- 17. Société Française de Pédiatrie avec le soutien du ministère de la Santé de et Solidarités.** Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans. [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Difficultes\\_et\\_troubles\\_des\\_apprentissages\\_chez\\_1\\_enfant\\_a\\_partir\\_de\\_5\\_ans.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Difficultes_et_troubles_des_apprentissages_chez_1_enfant_a_partir_de_5_ans.pdf)
- 18. Carpentier L.** Signes d'alerte et prises en charges des troubles précoces du développement psychique de l'enfant. CHU Toulouse [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/le\\_developpement\\_psychique\\_du\\_nourrisson\\_pour\\_pwp.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/le_developpement_psychique_du_nourrisson_pour_pwp.pdf)
- 19. Durkin K, Conti-Ramsden G.** Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment - PubMed [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17883441/>
- 20. Dale P, Price T.** Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years - PubMed [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14696985/>
- 21. Haut Conseil de la Santé Publique.** Actualité et dossier en santé publique n° 26. Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique ? [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=48>
- 22. World Health Organization.** Division of Mental Health. Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2,

Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes [Internet]. World Health Organization; 1994 [cité 23 oct 2021]. Report No.: WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

**23. Haute Autorité de Santé.** Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)

**24. COMETE .** Pour développer les compétences psychosociales en éducation du patient - CRES Paca [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.cres-paca.org/a/288/comete-pour-developper-les-competences-psychosociales-en-education-du-patient/>

**25. Haute Autorité de Santé.** Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours)

**26. OSCARS.** Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. Éducation thérapeutique du patient diabétique [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/65285>

**27. Chassagnoux A, Dupouy J.** Addiction et éducation thérapeutique | Cairn.info [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratiques-cliniques-en-addictologie-9782257206749-page-153.html>

**28. Lamour P, Gagnayre R.** L'éducation thérapeutique de l'enfant atteint de maladie chronique, et de sa famille. Archives de Pédiatrie. juin 2008;15(5):744-6.

**29. Lucas DC, Bacchioni L.** Femmes enceintes, parents petite enfance n°14.



- 30. PACA ARS.** Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2018-2023 [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/30688/download>
- 31. Engel GL.** The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. mai 1980;137(5):535-44.
- 32. Barry M, Dowling K.** A Review of the Evidence on Enhancing Psychosocial Skills Development in Children and Young People. 2015.
- 33. IREPS Pays de la Loire.** Le cartable des compétences psychosociales [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.cartablecps.org/page-1-0-0.html>
- 34. Susan H. Landry, Karen E. Smith.** A Responsive Parenting Intervention: The Optimal Timing Across Early Childhood For Impacting Maternal Behaviors And Child Outcomes [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2570562/>
- 35. Le Programme MALIN.** L'essentiel sur l'alimentation de bébé [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.programme-malin.com/>
- 36. AgirTot.** Trousse de conseils langage. Parc-Extension s'investit pour ses tout-petits [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: [https://agirtot.org/media/489643/fiche-12-conseils\\_francais.pdf](https://agirtot.org/media/489643/fiche-12-conseils_francais.pdf)
- 37. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development.** From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development [Internet]. Shonkoff JP, Phillips DA, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225557/>

- 38. Lang MJ, Ringard JC, Veber F.** Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage Axe prioritaire numéro 4 Action 21. Mars 2001. :62.
- 39. Ministère des Solidarités et de la Santé.** Rapport de la commission des 1000 premiers jours. [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- 40. ARS PACA.** Schéma Régional de Santé 2018-2023 [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/30695/download>
- 41. OSCARS - CRES Paca** [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.cres-paca.org/r/24/oscars/>
- 42. Ville de Marseille.** Contrat local de Santé 2019-2021[Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.marseille.fr/sites/default/files/contenu/sante/PDF/contrat-local-sante-octobre2019.pdf>
- 43. The Abecedarian Project** [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://abc.fpg.unc.edu/abecedarian-project>
- 44. Parler Bambin.** Programme national [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.parlerbambin.fr>
- 45. Salon Action Santé.** Affiche Atelier Jeux de Langage[Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: [https://0280957e-4145-4a8f-88eb-d548d5e3e8b3.filesusr.com/ugd/1a2170\\_1af922f4a7dc4e429dbb4e0397424b1d.pdf](https://0280957e-4145-4a8f-88eb-d548d5e3e8b3.filesusr.com/ugd/1a2170_1af922f4a7dc4e429dbb4e0397424b1d.pdf)
- 46. Pâtes au beurre.** Prévention promotion santé psychique [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lespatesaubeurre.fr/>

**47. Wallentin M.** Putative sex differences in verbal abilities and language cortex: a critical review - PubMed [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18722007/>

**48. Bouchard C.** Gender differences in language development in French Canadian children between 8 and 30 months of age | Applied Psycholinguistics | Cambridge Core [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/applied-psycholinguistics/article/abs/gender-differences-in-language-development-in-french-canadian-children-between-8-and-30-months-of-age/316C3E0989750276F9FA9EFAA0DD4A5B>

**49. Adani S, Ceganec M.** Sex differences in early communication development: behavioral and neurobiological indicators of more vulnerable communication system development in boys. *Croat Med J.* avr 2019;60(2):141-9.

**50. Marjanovič-Umek L, Fekonja-Peklaj U.** Gender Differences in Children's Language: A Meta-Analysis of Slovenian Studies. :15. Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Gender-Differences-in-Children%27s-Language%3A-A-of-Marjanovi%C4%8D-Umek-Fekonja-Peklaj/063caa924e29a8c2166fb9aa29c72ee941750231>

**51. Clegg J, Ginsborg J.** Theory into practice n°25. [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.wiley.com/en-ar/Language+and+Social+Disadvantage:+Theory+into+Practice-p-9780470019757>

**52. Grobon S.** Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans. [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/inegalites-socioeconomiques-dans-le-developpement-langagier-et-moteur-des-enfants-a-deux-ans/>

**53. Hoff E.** Dual language exposure and early bilingual development [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323282/>

- 54. Lefebvre F.** Guide d'information pour la prise en charge orthophonique de patients bilingues [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.orthoedition.com/bilinguisme/bilinguisme.pdf>
- 55. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.** Etudes et résultats enquête mode de garde. N° 896 • octobre 2014 [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_mode\\_de\\_garde.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_mode_de_garde.pdf)
- 56. INED.** Comité de presse. Crèche : un effet positif sur le développement du langage, particulièrement pour les enfants défavorisés [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/31618/ined.cpr.juin\\_2021.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/31618/ined.cpr.juin_2021.fr.pdf)
- 57. Laurence Rossignol, ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes.** Développement du jeune enfant, Mode d'accueil, Formation des professionnels [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-giampino-vf\\_modif-17\\_08\\_16.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-giampino-vf_modif-17_08_16.pdf)
- 58. Touchette E.** Associations Between Sleep Duration Patterns and Behavioral/Cognitive Functioning at School Entry [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1978413/>
- 59. Botting N, Baraka N.** Sleep behaviour relates to language skills in children with and without communication disorders. *International Journal of Developmental Disabilities*. 20 oct 2018;64(4-5):238-43.
- 60. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire.** MPedia. Cododo, cosleeping, dormir avec bébé [Internet]. mpedia.fr. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-co-sleeping-pour-ou-contre/>
- 61. Berthomier N, Octobre S.** Enfant et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de cohorte Elfe. *Culture etudes*. 4 oct 2019;n° 1(1):1-32.

**62. Collet M.** Case-control study found that primary language disorders were associated with screen exposure - PubMed [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30415471/>

**63. Haut Conseil de la Santé Publique.** Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759>

**64. Fox AV.** Risk factors for speech disorders in children - PubMed [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12012611/>

**65. Shotts L.** The Impact of Prolonged Pacifier Use on Speech Articulation: A Preliminary Investigation | Contemporary Issues in Communication Science and Disorders [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: [https://pubs.asha.org/doi/10.1044/cicsd\\_35\\_S\\_72](https://pubs.asha.org/doi/10.1044/cicsd_35_S_72)

**66. Dufour L.** Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de six ans : enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde. 5 déc 2014;145.

**67. Delannoy-Pernin E.** Perception de la protection maternelle et infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès des médecins généralistes installés en Meuse [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2011 [cité 24 oct 2021]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733939>

**68. Capone Singleton N.** Late Talkers: Why the Wait-and-See Approach Is Outdated - PubMed [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173713/>

**69. Rhea P.** Patterns Of Development in Late Talkers: Preschool Years [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/152574019301500103>

**70. Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.** Fiche technique. Repérer et prendre en charge au plus tôt les difficultés de développement d'un enfant. Juin 2020 [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: [https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/tnd\\_fiche\\_technique\\_medecin\\_2020.pdf](https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/tnd_fiche_technique_medecin_2020.pdf)

**71. Faculté de médecine Aix-Marseille.** Parcours de santé des enfants avec TSLA (Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages) | Unité Mixte de Formation Continue en Santé [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/parcours-de-sante-des-enfants-avec-tsla>

**72. Groupement National centres ressources autisme.** Outil de repérage de troubles neurodéveloppementaux. Repérer un développement inhabituel chez les enfants. 2020 [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.tndtest.com/>

**73. Groupement National centres ressources autisme.** Parcours de Bilan et d'Intervention Précoce : Liste des plateformes (PCO). Juillet 2020. [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: [https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/parcours\\_de\\_bilan\\_et\\_d\\_intervention\\_precoce\\_-\\_liste\\_des\\_plateformes\\_pco\\_.pdf](https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/parcours_de_bilan_et_d_intervention_precoce_-_liste_des_plateformes_pco_.pdf)

**74. Decliclangage** [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.decliclangage.com/>

**75. Henkin Y, Kishon-Rabin L, Pratt H, Kivity S, Sadeh M, Gadoth N.** Linguistic processing in idiopathic generalized epilepsy: an auditory event-related potential study. *Epilepsia*. sept 2003;44(9):1207-17.

**76. Albert P. Aldenkamp, Biene Weber, Wilhelmina C. G. Overweg-Plandsoen, Rianne Reijs, Saskia van Mil.** Educational Underachievement in Children With Epilepsy: A Model to Predict the Effects of Epilepsy on Educational Achievement. 2005 [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08830738050200030101>

**77. Sunderajan T.** Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors - PubMed [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31198730/>

**78. Bassan H.** Prolonged febrile seizures, clinical characteristics, and acute management - PubMed [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23551165/>

**79. Société canadienne de pédiatrie.** La dépression de la mère et le développement de l'enfant [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724171/>

**80. Wilson P, McQuaige F, Thompson L, McConnachie A.** Language Delay Is Not Predictable from Available Risk Factors. The Scientific World Journal. 21 mars 2013;2013:e947018.

**81. Pence Turnbull K.** Preschoolers' Exposure to Language Stimulation in Classrooms Serving At-Risk Children: The Contribution of Group Size and Activity Context: Early Education and Development: Vol 20, No 1 [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10409280802206601>

**Crédits images :**

<https://cliparting.com/free-tv-clipart-13276>

[https://fr.123rf.com/clipart-vecteurs/les\\_parents.html?sti=nb0x3tcfh3wc9m7wb0](https://fr.123rf.com/clipart-vecteurs/les_parents.html?sti=nb0x3tcfh3wc9m7wb0)

<https://www.istockphoto.com/fr/vectoriel/parents-heureux-avec-des-enfants-jouant-au-jeu-%C3%A0-la-maison-gm1217463526-355396929>

# **IX. Serment d'Hippocrate**

“ Au moment d’être admis(e) 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(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j’y manque. ”





# Résumé

Introduction : Les troubles du langage concernent 5% des enfants en France. Les études montrent que plus le repérage et la prise en charge des difficultés langagières sont précoces, plus le risque de conséquences ultérieures diminue : troubles persistants de langage, l'échec scolaire et professionnel, les troubles de socialisation, etc...Les recommandations actuelles demandent de rechercher des facteurs de risque mais ils ne sont pas spécifiques au langage et limités. Notre objectif principal était de créer une fiche-synthèse en comparant le profil d'enfants participants au programme « atelier jeux de langage » avec les données de la littérature ayant retrouvé d'autres facteurs. Notre second objectif était de promouvoir l'intérêt des compétences psychosociales en médecine.

Matériel et méthode : Etude quantitative, multicentrique et descriptive après la collecte de données issues de questionnaires remplis par les parents.

Résultats : Parmi 5 centres, 61 profils d'enfants ont été analysés et comparés à la littérature. La majorité des enfants présentaient les facteurs de risque de retard de langage suivants : sexe masculin (68,85%), catégorie socioprofessionnelle parentale à faible diplôme (40,38% des pères, 70,49% des mères), absence de mode de garde (67,21%) et exposition aux écrans prolongée (55,75%). Il persistait des signes d'alerte : absence de pointage (16,39%) et moins de 50 mots (100%), à repérer respectivement à 12 mois et 24 mois. Seuls 2 généralistes ont orienté un enfant vers l'atelier (3,28%).

Conclusion : Le généraliste doit porter une attention aux populations à risque, évaluer l'environnement de l'enfant, repérer les signes d'alerte et orienter vers une prise en charge en impliquant l'entourage. Il doit inclure l'enfant dans un parcours de soins grâce à une plateforme de coordination où des consultations y sont organisées rapidement afin d'éliminer les causes secondaires et intervenir précocement. Si peu de signes d'alerte sont présents et que l'environnement semble défavorable, le généraliste peut prodiguer des conseils de guidance parentale et orienter vers des programmes de stimulation tels que l'atelier langage qui renforce les compétences psychosociales de l'enfant et de ses parents dans un environnement riche en stimuli. Ce parcours a été résumé dans notre fiche-synthèse.

Mots-clés : retard de langage, compétences psychosociales, médecin généraliste, repérage, prévention, santé publique, guidance parentale, programmes de stimulation.

Keywords : late-talking, speech delay, life skills, social learning, social influence, general practice, public health, prevention, early identification, parental guidance.