



HAL
open science

Le repérage des troubles du langage oral en milieu scolaire : analyse des pratiques

François Marre

► **To cite this version:**

François Marre. Le repérage des troubles du langage oral en milieu scolaire : analyse des pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04466098

HAL Id: dumas-04466098

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04466098>

Submitted on 19 Feb 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

François MARRE

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 2023

**Le repérage des troubles du langage oral en milieu scolaire :
analyse des pratiques**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER

Directeur de thèse : Docteur Gaëlle GUILBAUD

Le repérage des troubles du langage oral en milieu scolaire : analyse des pratiques

UNIVERSITE DE NANTES – FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2023

Par François MARRE

Composition du jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER

Directrice de thèse : Docteur Gaëlle GUILBAUD

Madame la Professeure Élise LAUNAY

Docteur Rosalie ROUSSEAU

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

À Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER,
C'est un honneur pour moi que vous présidiez ma thèse. Je vous remercie pour le temps et l'attention que vous avez consacré à mon travail.

Au Docteur Gaëlle GUILBAUD,
Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir accompagné tout le long de ce travail. Merci pour tes conseils et pour ta bienveillance, tu as cru en ce projet dès notre rencontre. J'espère que nous aurons l'occasion de collaborer de nouveau.

À Madame la Professeure Élise LAUNAY et au Docteur Rosalie ROUSSEAU,
C'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres du jury. Je vous remercie d'avoir accepté de donner de votre temps à l'évaluation de ce travail.

Aux enseignants qui ont participé à cette étude,
Merci pour le temps que vous m'avez accordé, sans vous, ce travail n'aurait pas été possible.

Personnels

À ma femme Sonia, merci de ton infaillible soutien, ton courage, ta patience et ton amour.

À mon fils Arthur, merci de me rendre tellement heureux depuis deux ans.

À mon futur fils, j'ai hâte de te rencontrer et de t'accompagner.

À mes parents, ma sœur et mon frère, merci pour votre soutien indéfectible. Je mesure la chance que j'ai eue de grandir avec vous.

À ma marraine, merci de m'avoir forgé un esprit critique.

À ma belle-famille, merci de votre soutien.

À mes amis, mes anges, qui m'ont accompagné et permis de supporter ces longues études.

Table des matières

Abréviations	5
Introduction :	6
I- Le langage :	6
A- Le développement du langage oral :	6
B- Les troubles du langage oral :	7
C- Un enjeu de santé publique	8
D- Distinguer repérage et dépistage	9
II- Les acteurs du repérage en milieu scolaire	9
A- L'enseignant	9
B- La médecine scolaire	12
C- La Protection maternelle et infantile	12
D- Le médecin généraliste	13
L'enquête	14
I- Méthodologie	14
A- Objectif	14
B- Type d'étude	14
C- Réalisation du canevas d'entretien	14
D- Constitution de l'échantillon	15
E- Réalisation des entretiens	15
F- Analyse des entretiens	15
II- Résultats	16
A- Description de l'échantillon	16
B- Analyse des résultats	16
III- Discussion	25
A- Résultat principal	25
B- Perspectives	26
C- Forces et limites de l'étude	27
IV- Conclusion	28
Annexes	29
Bibliographie	33

Abréviations

AVC : Accident vasculaire cérébral

DSM-5 : Cinquième manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

CIM-11 : Onzième classification internationale des maladies

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

HAS : Haute autorité de santé

PMI : Protection maternelle et infantile

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

TND : Troubles du neurodéveloppement

MDPH : Maison départementale des personnes en situation de handicap

Introduction :

I- Le langage :

A- Le développement du langage oral :

Le développement des compétences langagières commence bien avant la naissance. Dès le sixième mois de gestation, le système auditif est suffisamment développé pour que le fœtus commence à traiter les sons, notamment ceux du langage, à se familiariser avec la voix de sa mère et de son entourage, à se sensibiliser à la prosodie et aux caractéristiques spécifiques de la langue maternelle (1). À la naissance, le bébé a donc des prédispositions ; il est capable d'articuler et de discriminer tous les sons de toutes les langues, mais est déjà plus sensible à sa langue maternelle et va rapidement se spécialiser dans celle-ci, grâce à la prosodie, à la qualité et la quantité des interactions et échanges avec son entourage en percevant les affects qui accompagnent la parole.

Les étapes du développement du langage chez l'enfant sont ensuite bien définies ; en voici quelques repères :

- Vers 6 mois :
 - Compréhension : Réagit à son prénom, au « non ».
 - Expression : Babillage.
- De 9 à 12 mois :
 - Comprend des mots familiers, regarde un objet qu'on lui montre.
 - Babillage diversifié (proche des premiers mots), gestes mimés (salut, refus), pointe du doigt.
- De 12 à 18 mois :
 - Comprend des petites phrases en contexte.
 - Dit ses premiers mots en contexte, développe les gestes symboliques (téléphone).
- De 18 à 24 mois :
 - Comprend des ordres simples en contexte.
 - Explosion lexicale puis ébauche des phrases.
- De 2 à 3 ans :
 - Comprend des ordres simples hors contexte.
 - Utilise le « moi », fait des petites phrases (2 ou 3 mots) associées aux gestes.
- A 3 ans :
 - Comprend le langage au quotidien.
 - Fait des phrases à trois éléments (Sujet/Verbe/Complément), diversifie son vocabulaire.

- A 4 ans :
 - o Comprend des phrases complexes et longues, récits simples.
 - o Articule tous les sons, complexifie ses phrases et vocabulaire.
- A 5 ans :
 - o Comprend un récit.
 - o A acquis les règles du langage. Construit des récits. Parle sans trouble de l'articulé.
- A 6 ans : Est prêt pour l'apprentissage de l'écriture et de la lecture.(2)

B- Les troubles du langage oral :

La compréhension du contexte dans lequel apparaît un trouble du langage est primordiale pour en appréhender l'origine. Ce trouble est-il isolé ou survient-il dans un tableau plus global ?

S'il n'est pas isolé, un trouble du langage oral peut s'inscrire dans de nombreux tableaux :

- Troubles liés à une déficience sensorielle telle que la surdité.
- Troubles acquis : apparition d'une lésion cérébrale responsable d'une perte des acquisitions langagières : on parle ici d'aphasie (3) ; exemples : AVC, tumeur cérébrale, traumatisme cérébral, encéphalite.
- Troubles neurodéveloppementaux secondaires évitables tels que l'alcoolisation fœtale.
- Troubles liés à une déficience intellectuelle.
- Troubles d'origine génétique : trouble du langage oral qui s'inscrit dans un syndrome spécifique avec particularités morphologiques, pathologies associées ; pour exemples : le syndrome de Di George, le syndrome vélocardio-facial.
- Troubles d'origine psychopathologique tels que l'autisme.

Les troubles développementaux du langage oral sont ceux qui ne rentrent pas dans les troubles susnommés. Nous sommes donc surtout face à un diagnostic d'exclusion. Ce sont des troubles neurodéveloppementaux du langage oral pour lesquels il n'y a pas, à ce jour, de cause identifiable (4).

Des classifications internationales des troubles développementaux du langage oral existent ; on les retrouve dans le *cinquième manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* de l'association américaine de psychiatrie paru en 2013, et dans la *onzième classification internationale des maladies (CIM-11)* de l'organisation mondiale de la santé parue en 2019.

Dans le DSM-5 ils font partie des troubles neurodéveloppementaux et sont intégrés dans le sous-groupe « troubles de la communication » (5).

On distingue :

- Les troubles de la parole : phonologie et articulation.
- Les troubles du langage : vocabulaire et syntaxe.

Le diagnostic repose toujours sur des difficultés de langage marquées, quantifiables par des tests de langage standardisés, et qui interfèrent de façon significative dans la réussite scolaire, la communication et l'intégration sociale de l'enfant, en l'absence de déficits significatifs aux épreuves d'intelligence non verbale. Le diagnostic intègre l'association possible de comorbidités, comme les troubles des apprentissages, les troubles déficitaires de l'attention, les troubles développementaux de la coordination, et les troubles de la communication sociale (pragmatique). La CIM-11 reprend une classification proche.

On retrouve souvent dans la littérature le terme de « trouble spécifique du langage oral » mais cette dénomination fait débat par son imprécision pouvant exclure les enfants ayant des comorbidités ; Ce terme ne sera donc pas utilisé ci-après.

C- Un enjeu de santé publique

Les troubles développementaux du langage oral touchent environ 7% des enfants et sont au cœur des préoccupations des pouvoirs publics (10). Leurs conséquences peuvent être multiples, allant de l'échec scolaire aux difficultés psychoaffectives, comportementales et relationnelles. A l'âge adulte, toutes ces difficultés ont un impact sur le pronostic social et professionnel.

Sur le plan scolaire, un enfant présentant un trouble développemental du langage oral pourra éprouver des difficultés en lecture (12) ou encore dans l'apprentissage des mathématiques (10) avec des répercussions sur la réussite scolaire (11). Au-delà, la dyslexie peut mener à l'illettrisme chez les jeunes adultes, responsable de difficultés d'insertion sociale et professionnelle (16). En 1999, le Dr L. Vaivre-Douret résume dans la « spirale de l'échec » (Figure 1) l'évolution possible des troubles des apprentissages, dont le langage oral, vers les difficultés sociales, psychologique et psychiatriques (14).

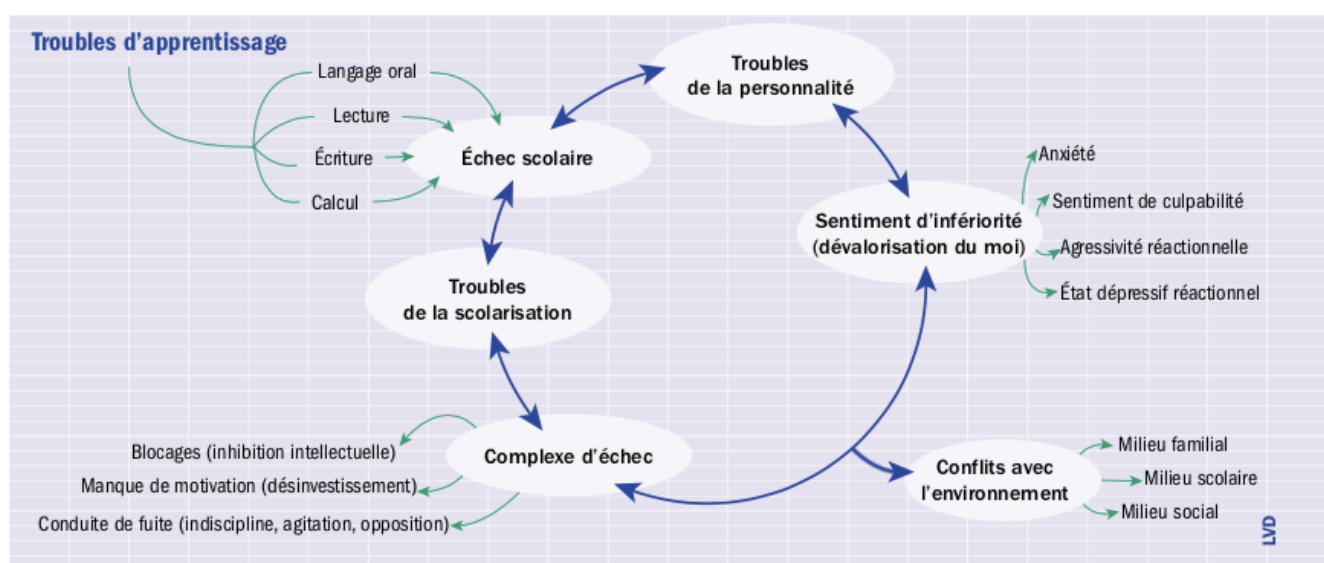


Figure 1 : Le cercle vicieux des troubles des apprentissages

La fréquence des troubles du langage chez l'enfant et leurs conséquences en font un véritable enjeu de santé publique. Les troubles développementaux du langage ont fait l'objet d'un plan d'action interministériel 2001-2004 (15) faisant suite au rapport Ringard en 2000 (16) qui met en évidence 5 axes prioritaires, comportant chacun différentes actions à mettre en œuvre :

- Mieux prévenir dès l'école maternelle.
- Mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble du langage oral et écrit.
- Mieux prendre en charge.
- Mieux informer, former et rechercher.
- Assurer le suivi du plan d'action.

L'ANAES a également publié en 2001 des recommandations sur la place de l'orthophonie dans les troubles du développement du langage oral chez l'enfant entre trois et six ans. Ils soulignent la nécessité d'explorer toute plainte concernant le langage, d'effectuer un repérage et un dépistage de ces troubles, y compris en l'absence de plainte, et de les caractériser (17).

D-Distinguer repérage et dépistage

La HAS fait la distinction entre repérage et dépistage (18). Le repérage des difficultés de langage est le rôle des enseignants, des parents et des médecins. Le dépistage confirme la présence de troubles persistants. Il peut être réalisé par différents acteurs selon les situations : médecin ou psychologue scolaire, pédiatre ou généraliste formé à la passation de tests, orthophoniste.

II- Les acteurs du repérage en milieu scolaire

A-L'enseignant

L'enseignant tient une place cruciale dans le développement de l'enfant, tant par ses enseignements que par ses observations. La durée hebdomadaire des enseignements en classe de maternelle et d'élémentaire est de 24 heures. L'enseignant est celui qui, après les parents, passe le plus de temps auprès de l'enfant.

Le ministère de la santé et des solidarités publie en 2005 un plan d'action donnant les contours du rôle de l'enseignant : « le repérage des difficultés d'apprentissage du langage oral puis écrit relève de la compétence des enseignants, du médecin de famille mais aussi des parents de l'enfant. Les enseignants doivent être informés sur les étapes de développement et les signes d'alerte des troubles du langage de manière à pouvoir adresser aux professionnels compétents les enfants chez qui persistent des troubles du langage oral ou écrit après quelques mois de soutien par des mesures simples et adaptées » (19).

Le repérage des troubles nécessite donc une connaissance minimale des différentes étapes de développement du langage mais également des signes devant alerter en cas de difficultés d'acquisition. Le Ministère de l'Éducation nationale a

réalisé en septembre 2017, à destination des enseignants, un tableau reprenant les indicateurs de vigilance pour les enfants normalement scolarisés (tableau 1) (20). Ce tableau reprend et détaille les recommandations de la Société Française de Pédiatrie de mars 2007 (annexe 1).

Tableau 1

	Indicateurs de vigilance
Enfants de 3 à 4 ans	<p>Les enfants ne paraissent pas comprendre. Ils ne posent pas de questions et ne donnent que peu de signes d'intérêt. Ils n'utilisent que des mots phrases et montrent peu ou pas d'évolution dans le courant de l'année. Ils n'utilisent pas le « je » ni le « tu ». Ils ne sont pas intelligibles, ne disent pas de mots reconnaissables. Pour compléter, on essaiera de voir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si ces enfants réagissent aux bruits, à la musique ; • si le volume de leur voix est normal ; • s'ils cherchent à communiquer par d'autres moyens que le langage (mimiques, gestualité mais aussi formes agressives : coups de pied, morsures, griffures...); • s'ils regardent leur interlocuteur ; • s'ils essaient de dire des comptines, de chanter ; s'ils prennent du plaisir dans les moments dédiés à ces activités même s'ils ne participent pas activement.
Enfants de 4 à 5 ans	<p>Les enfants comprennent moins bien qu'ils ne parlent. Ils produisent des phrases sans verbes. Ils ne parlent qu'en situation. Ils n'utilisent pas le « je » ni les autres pronoms sujets usuels. Ils cherchent fréquemment leurs mots, leur vocabulaire est réduit à des noms. Ils sont peu intelligibles (articulation). Ils évoluent peu ou pas malgré un guidage et une aide de l'enseignant. Mêmes observations complémentaires que précédemment, en particulier pour ce qui est de la communication.</p>
Enfants de 5 à 6 ans	<p>Les enfants comprennent mal ou difficilement (ils ont besoin de reformulations, de simplifications). Ils sont peu intelligibles ou déforment des mots de manière importante et régulière. Ils ne remplacent pas un nom par « il » ou « elle » quand ils racontent. Ils ne produisent pas de formes conjuguées pour exprimer le futur ou le passé. Ils produisent essentiellement des énoncés réduits (inférieurs à 4 mots) ou des phrases longues mais agrammaticales. Ils ne parviennent pas à raconter. Ils n'expriment pas de notions de temps et d'espace. Ils ne parviennent pas à « jouer » avec les syllabes, encore moins avec les phonèmes. Ils ont des difficultés à mémoriser des comptines, des chants, des poèmes, une histoire. Ils ne reconnaissent que très peu de lettres de l'alphabet, voire aucune. Ils progressent peu ou pas sur l'année malgré des aides. Pour compléter, on essaiera de voir si les problèmes relevés affectent de la même façon d'autres domaines que le langage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mémorisent-ils la suite des nombres, des itinéraires, des connaissances sur le monde, etc. ? • Dessinent-ils ? Représentent-ils des « scènes » ? • Discriminent-ils des formes graphiques ? • Réagissent-ils de manière adaptée à la musique (jeux vocaux, activités instrumentales, danse) ?

Dans la littérature différents outils de repérage et de dépistage sont disponibles selon l'âge de l'enfant (tableau 2). Ils peuvent être utiles pour l'enseignant dans une utilisation systématique ou lorsqu'une interrogation se porte sur un enfant.

Tableau 2

Age Cible	Outils	Évaluateurs
3 ans 6 mois – 3 ans 9 mois	Questionnaire Langage et Comportement	Enseignants
3 ans – 3 ans 6 mois	DPL3 (Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans)	Enseignants, Médecins
3 ans 9 mois – 4 ans 6 mois	ERTL4 (Épreuve de Repérage des Troubles de Langage à 4 ans)	Médecins
3 ans 6 mois – 5 ans 6 mois	PER 2000 (Protocole d'Évaluation Rapide)	Orthophonistes
4 ans 11 mois – 6 ans	BSDES (Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité 5-6 ans)	Enseignants, Médecins
6 ans	ERTLA 6 (Épreuve de Repérage des Troubles du langage et des Apprentissages)	Médecins
4 ans – 9 ans	BREV (Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives et apprentissages)	Médecins, Orthophonistes

On peut donc constater qu'il existe de nombreux outils à disposition des enseignants et professionnels de santé. Les plus intéressants pour les enseignants sont le DPL3 (annexe 2) et le QLC (annexe 3), puisqu'ils permettent l'observation de l'enfant dans la situation habituelle de sa classe.

L'enseignant est effectivement le plus souvent à l'origine du repérage. Dans le cadre du dépistage des troubles du langage, la demande de prescription d'un bilan orthophonique par un médecin émane à 91% de l'enseignant, d'après une étude réalisée sur plus de 500 médecins généralistes (21).

Le repérage de l'enseignant est essentiel dans le déclenchement du parcours de soins avec les actions de dépistage et de diagnostic qui suivront. Il devra ensuite apporter des réponses pédagogiques en adaptant son enseignement.

B- La médecine scolaire

Diminution de la place de la médecine scolaire.

Les missions des médecins de l'éducation nationale sont détaillées dans une circulaire de 2015 (22) et dans un rapport d'information du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques datant de 2017 (23).

Nous pouvons en retenir deux, essentielles :

- Analyser les compétences neurosensorielles et développementales de l'enfant, dans la logique d'un repérage précoce des difficultés éventuelles de l'enfant à entrer dans les apprentissages.

- Contribuer à la formation des personnels de l'Éducation nationale en matière de santé.

Cependant, la santé scolaire souffre d'une pénurie de médecins, avec un tiers de postes vacants et des prévisions de départs en retraite qui excèdent largement le rythme des recrutements. Un rapport de la Cour des comptes de 2020 constate que « le taux d'encadrement des élèves s'est dégradé de 20 % en cinq ans pour atteindre en moyenne nationale un médecin pour 12 572 élèves en 2018 » (24).

Entre les années scolaires 2013 et 2018, le taux de réalisation de la visite de la 6^e année de l'enfant par les médecins scolaires, déterminante au début des apprentissages scolaires, a chuté de 26 % - taux déjà historiquement bas - à 18 %. Moins d'un enfant sur cinq en bénéficie alors qu'elle est en principe universelle (27, 28).

C- La Protection maternelle et infantile

Organisation hétérogène de la Protection maternelle et infantile.

Créée en 1945 dans le but de réduire la mortalité infantile, la PMI a évolué vers une démarche de prévention et de promotion de la santé (26). C'est une des compétences du département, son organisation est donc sectorisée et dépend du conseil général. La loi de 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfant demande aux services départementaux de PMI d'organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment en école maternelle (27). En 2006, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur la PMI et le rapport sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent montrent que cette mission est difficilement mise en œuvre et très inégalement développée d'un département à l'autre (28,29). Le suivi médical des enfants est alors renforcé par la loi du 5 mars 2007, qui précise que les services de PMI doivent établir un bilan de santé pour tous les enfants de 3 à 4 ans, notamment en école maternelle (30).

A ce jour, le bilan de santé universel des 3 à 4 ans souffre d'une pénurie de médecins au sein des PMI. Un rapport de la DREES de mars 2022 décrit un recul d'un quart des effectifs médicaux depuis 2010 (31). Une étude réalisée au sein des PMI de France métropolitaine entre 2014 et 2016 révèle que, pour les enfants scolarisés de 3 à 4 ans, 81% ont bénéficié d'au moins un dépistage (variation de 52 à 100% selon le département) - le plus souvent visuel - et 17% d'un bilan médical

complet (variation de 1 à 74% selon le département) (32). Pour l'évaluation du langage, le taux de couverture de l'ensemble des enfants de cette tranche d'âge est estimé à 75,8%, variant de 50 à 99% selon le département.

D-Le médecin généraliste

Le médecin généraliste n'a pas de place établie au sein de l'école.

Les textes concernant la thématique du langage parlent essentiellement du rôle du médecin référent. Avec la loi de modernisation de notre système de santé mise en place début 2017, le médecin référent devient le médecin traitant de l'enfant (33). Cette loi a pour but d'accélérer les dépistages précoces de pathologies chroniques et invalidantes telles que l'obésité, les conduites addictives et les troubles des apprentissages. Concernant le langage, le rôle du médecin traitant est résumé en quatre verbes dans le guide pratique *Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant* (6) : Connaître, Accompagner, Dépister, Orienter.

Depuis 2017, la rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant inclut une partie sur les troubles des apprentissages (34). Elle demande au médecin sa part des patients de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre), incitant ainsi le médecin à effectuer un dépistage systématique.

En pratique, le médecin généraliste se heurte à différents obstacles, principalement le manque de connaissance théorique sur le développement et les signes d'appel d'un trouble du langage oral, la méconnaissance des tests disponibles et un manque de temps. Ce temps est aussi celui qui manque pour la propre formation du médecin et également en consultation pour la passation d'un test (39). Une thèse de 2019 portant sur le repérage des troubles du langage en médecine générale rapporte le sentiment du médecin d'avoir une place secondaire dans le repérage chez l'enfant de 3 à 6 ans, elle montre que pour le généraliste le repérage repose essentiellement sur l'enseignant (37). Les généralistes interrogés dans ce travail évoquent l'impression de devenir de simples prescripteurs du bilan orthophonique demandé par l'enseignant.

L'enquête

I- Méthodologie

A- Objectif

L'objectif principal était d'explorer la situation des enseignants face au repérage des troubles du langage oral. L'objectif secondaire était d'élaborer des pistes d'amélioration du repérage des troubles du langage oral.

B- Type d'étude

Pour la réalisation de cette étude, le choix s'est porté sur une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels et de groupes.

La méthode qualitative a semblé appropriée pour évaluer les perceptions, l'expérience personnelle, la pratique, les attitudes et besoins des enseignants face au repérage des troubles du langage oral. Elle ne cherche pas à quantifier, mais à décrire et interpréter afin de répondre à nos objectifs.

Des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés. Ces deux modalités étaient souhaitées afin de faire varier les entretiens et de collecter le maximum de données. Pour les groupes, cela a permis de créer de l'interaction entre les participants et d'apporter une dynamique propice au débat. Pour les entretiens individuels, cela a permis d'explorer plus aisément des opinions, des ressentis, sans peur du jugement de collègues.

C- Réalisation du canevas d'entretien

Les données de la littérature et de l'actualité signalées dans la première partie de cette thèse ont permis d'obtenir une liste d'items pertinents. A partir de celle-ci, un questionnaire a pu être élaboré comme trame d'entretien. Il a été testé auprès de deux enseignants de maternelle ne pouvant participer à l'étude, et corrigé au décours. Ces étapes ont permis d'obtenir le guide d'entretien initial. Ce guide a ensuite évolué au fil des entretiens.

Il s'agissait d'aborder le ou les enseignants en demandant s'ils avaient déjà rencontré des élèves en situation de retard de langage oral et de les laisser parler. L'objectif était de laisser le ou les interviewés aller jusqu'au bout de leur raisonnement sans interruption et de leur faire développer des points précis dans un second temps grâce à des questions de relance. Le non verbal était également noté durant l'entretien. Les caractéristiques du ou des participants étaient recueillies à la fin de l'entretien.

Le guide (annexe 4) s'articulait autour d'axes principaux : les critères de repérage, l'orientation de l'enfant repéré, le lien avec les parents, les difficultés qu'il rencontre, les aides dont il dispose, les pistes d'amélioration.

D- Constitution de l'échantillon

La population d'intérêt correspondait aux enseignants au contact des enfants de 3 à 6 ans, soit de maternelle. Cela constituait le critère d'inclusion principal.

Pour délimiter une zone de recherche, le travail s'étant fait en lien avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé d'Ancenis, l'échantillon a été constitué à partir de la population d'enseignants de maternelle de son territoire. Cette CPTS regroupe la Communauté de Communes du Pays d'Ancenis, 19 communes représentant 55000 habitants, et la commune d'Orée d'Anjou d'environ 16000 habitants. Les enseignants des écoles de ces communes ont été contactés via un questionnaire en ligne de la CPTS. Dix-sept réponses positives à la demande d'entretien ont été reçues, émanant de huit écoles, sept privées et une publique. Les enseignants ont ensuite été directement contactés par mail. Une brève présentation du sujet était faite dans ce mail, et ils y étaient invités à solliciter leurs collègues. L'inclusion s'est arrêtée à onze enseignants, après deux entretiens n'apportant pas d'information supplémentaire, soit à saturation des données.

E- Réalisation des entretiens

L'enquêteur, François Marre, se présentait systématiquement au début de chaque entretien, en recueillant l'accord de chaque enseignant de manière orale sur le fait qu'ils allaient être enregistrés. Cet accord était également écrit, avec une feuille de consentement reprenant différentes thématiques : engagement de l'investigateur principal, liberté du participant, information du participant, confidentialité des informations, déontologie et éthique.

Les enregistrements ont été réalisés grâce à l'application Dictaphone d'un téléphone portable et d'une tablette.

Les entretiens ont ensuite évolué au gré d'éventuelles relances selon les réponses des enseignants en suivant le guide d'entretien. L'enquêteur avait pour objectif d'intervenir le moins possible.

En fin d'entretien, les enseignants étaient informés qu'un retour collectif leur serait proposé après la soutenance de thèse.

Dans l'heure après les entretiens, l'enquêteur a consigné l'ensemble de ses impressions et ressentis.

Les enregistrements des entretiens ont ensuite été transmis de manière anonyme à la Faculté de Médecine de Nantes pour une retranscription écrite.

F- Analyse des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot puis analysés dans l'ordre de recueil des données. La première étape consistait en une lecture flottante de type intuitive permettant de s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien. Une lecture focalisée de chaque entretien a ensuite été effectuée afin de découper le verbatim en unités de sens et de réaliser un premier ordonnancement en thèmes. Les entretiens ont ensuite été relus et réécoutés pour une analyse la plus exhaustive possible. Les thèmes et les sous-thèmes qui en émergeaient étaient alors restitués par ordonnancement logique dans les catégories obtenues. Ce regroupement a permis de faire ressortir les idées principales et d'en faire émerger des hypothèses.

II- Résultats

A- Description de l'échantillon

La période de réalisation des entretiens s'est déroulée du 6 juin au 13 juillet 2023.

Six entretiens ont été réalisés, deux en individuel, trois avec un binôme et un avec un trinôme d'enseignants. Au total onze enseignants ont été interrogés dans cinq écoles différentes (quatre privées et une publique). L'enseignant avec le moins d'expérience exerçait depuis onze ans et celui avec la plus grande expérience depuis trente ans, pour une moyenne de vingt ans.

Il est à noter que les enseignants de maternelle et de primaire changent de niveau de classe régulièrement dans leur carrière. En ne comptant que les années d'expérience en maternelle, la moyenne baisse à quinze ans, allant de trois à vingt-cinq ans.

Cinq des six entretiens ont été réalisés dans les classes des écoles des enseignants interrogés. Un entretien a été réalisé au domicile d'un enseignant. La durée des entretiens était de 40 à 75 minutes pour une durée moyenne de 60 minutes.

B- Analyse des résultats

La totalité des enseignants ont été confrontés à un enfant présentant un trouble du langage oral. Pour la majorité d'entre eux, cela survient tous les ans. Pour deux d'entre eux, c'est de plus en plus fréquent.

« Les problèmes de langage, c'est tous les ans » (E1)

« Les troubles du langage, c'est dans chaque classe » (E11)

« Plein d'élèves et de plus en plus, voilà ce qu'on se dit. » (E5) Son collègue poursuit directement : « Plus les années passent et plus on a des élèves qui ont de troubles du langage » (E6)

1. Le repérage

a. Les Outils

Deux enseignants utilisent des outils pour le repérage : un enseignant utilise l'ERTL4 et le carnet de santé ; un enseignant utilise le tableau élaboré par l'Éducation Nationale (tableau 1).

Le reste des enseignants n'utilise pas d'outil et ignore leur existence.

« Est-ce qu'il y a des outils ? » (E1)

« Je n'utilise pas de grille ni de support » (E6)

A noter qu'un des enseignants qui utilise un outil le fait depuis une formation datant de moins d'un an.

« On a eu une formation cette année en français. On trouve la grille de l'éducation nationale sur le site du Réseau Canopé » (E9)

b. Les critères

L'ensemble des enseignants évoque en premier lieu l'expérience.

« Il y a l'expérience, oui, petit à petit, qui permet d'affiner le regard » (E10)

« A force d'avoir la pratique, on apprend à le faire, à détecter des choses » (E8)

« Repérer, c'est du vécu, c'est de l'expérience » (E1)

En second lieu, c'est la comparaison entre enfants.

« On peut comparer à ceux qui ont un an de plus » (E1)

« La comparaison, forcément, dans une classe ! » (E3)

Après relance par l'enquêteur, des critères supplémentaires sont nommés, présentés ci-dessous par ordre de fréquence, du plus au moins souvent évoqué :

- L'enfant qui ne se fait pas comprendre.
- Phrases mal construites.
- L'absence ou le manque d'évolution dans le temps. Parmi ces enseignants, trois ont précisé préférer attendre un an avant d'alerter. Les autres n'évoquent pas de durée précise.
- Manque de vocabulaire.
- Mauvaise prononciation.
- Le fait de devoir faire répéter.
- Confusion des sons.
- Pas d'utilisation du « je ».

On retrouve, en compilant l'ensemble des entretiens, un listing qui se rapproche des items du tableau de l'Éducation Nationale (tableau 1). Par entretien, on retrouve en moyenne trois des items listés ci-dessus.

c. L'orientation

Après avoir alerté le ou les parents, l'enseignant propose une orientation. L'orientation proposée varie selon l'enseignant interrogé, mais on peut déterminer deux groupes. Un premier qui n'oriente que vers une personne et un second qui varie en fonction de ses constatations.

Pour le premier groupe :

- Un enseignant oriente systématiquement vers le médecin ORL :

« Je demande à ce qu'il fasse un bilan auditif ; il faut d'abord savoir s'il entend bien ! ».

- Un enseignant oriente toujours vers un orthophoniste.

« Je dis (aux parents) que ce serait bien que vous essayiez de prendre contact avec un orthophoniste, parce que moi je ne suis pas un spécialiste du langage. » (E1)

- Deux enseignants orientent vers le médecin généraliste :

« Il faut passer par le médecin généraliste pour obtenir les ordonnances, les fameuses ! » (E9)

« Ce n'est pas à nous, c'est au médecin d'envoyer. Nous on doit juste prévenir. » (E2)

Pour le second groupe, l'orientation varie entre l'ORL, l'orthophoniste et la PMI. Aucun de ces sept enseignants n'évoque le médecin généraliste comme potentielle orientation.

2. Les difficultés

a. La formation

Dix enseignants évoquent l'absence de formation initiale sur les troubles du langage oral.

« Non, non, non, on va être très clairs, on est formé sur rien d'autre que l'enfant qui marche. » (E11)

« Non, il n'y a jamais eu de formation. Je pense que je suis totalement ingénue. » (E1)

Une majorité n'a pas suivi de formation continue sur ce thème.

b. La classe

Les enseignants évoquent un nombre d'élèves par classe trop important. Ce nombre d'élèves apporte bruits et mouvements.

« Dans la classe on est en grands groupes, il y a tout le temps des interférences et des bruits » (E8)

« Le nombre d'élèves par classe, c'est quelque chose qui est difficile. » (E4)

« Sur un gros collectif, c'est pas du tout la même chose. » (E2)

Ils évoquent aussi la difficulté que représentent les enfants allophones (enfants dont la langue maternelle est une langue différente du français, et souvent dominante au domicile de l'enfant).

« J'ai des enfants allophones aussi. Donc ça, ça met de la difficulté. Oui, là on est vraiment sur l'acquisition du français ; pour repérer un trouble, c'est encore plus compliqué. » (E8)

« Moi, ce que je vois aussi, c'est qu'on a de plus en plus d'enfants allophones. C'est difficile car ils s'expriment souvent très peu dans la classe. » (E3)

L'épidémie de COVID19 est également évoquée, notamment à cause du port du masque obligatoire en classe qui a mis en difficulté certains enseignants. Ils supposent un préjudice dans l'acquisition du langage pour leur élèves durant cette période.

c. Les parents

Les enseignants décrivent une relation avec les parents qui peut être difficile. Lorsque l'enseignant alerte, il fait souvent face à un déni parental, voire à de l'agressivité. Ils ressentent un manque de considération de la part des parents. Ils décrivent des situations où, malgré l'alerte, les parents ne déclenchent aucune action, aucune démarche. Enfin, ils parlent d'effet « téléphone arabe » après les différentes consultations, où le parent minore et parfois ne fait pas de retour à l'enseignant. En résulte chez l'enseignant un sentiment d'isolement et de frustration.

« Il y a des parents qui sont carrément dans le déni, ils refusent de mettre en place les soins » (E9)

« Les parents le prennent aussi peut être comme une agression. Des fois, j'ai l'impression qu'on ne nous prend pas comme des professionnels qui cherchent à aider l'enfant » (E2)

« Il y a souvent un déni du parent, il y a parfois même un peu d'agressivité » (E3)

« Il y a du déni, je pense. Il y a des parents qui n'ont pas conscience. Pour eux, ce n'est pas grave en fait » (E5)

« C'est comme s'il y avait une remise en question. Ils disent oui au départ mais après ils ne font rien ! » (E3)

« J'ai plein d'exemples en tête où il y a des familles qui sont récalcitrantes, qui sont frileuses, qui ont peur et qui sont dans l'abandon. On ne peut pas faire à leur place. » (E11)

« Si on dit aux familles d'aller, on n'a aucune garantie qu'ils vont le faire. Donc voilà, quand on voit les enfants qui persistent dans les difficultés, ben on est bloqué quoi. » (E7)

« On doit se débrouiller avec ce que les parents nous rapportent des consultations. Parents qui sont souvent bien perdus, ça amène un effet téléphone arabe qui nous met dans la difficulté. » (E1)

d. La PMI

La totalité des enseignants évoque l'absence ou la diminution des passages de la PMI en milieu scolaire. Ils regrettent l'absence de bilan systématique de l'audition, de la vision et du langage pour les 3 à 4 ans. Ce bilan systématique est décrit comme très important pour aider à alerter les parents ; il donne du poids à la parole de l'enseignant. Pour le langage, le simple fait de contrôler l'audition leur semblait aidant et primordial. Si la PMI est passée dans leur classe, certains regrettent que le bilan du langage ne soit pas fait ou seulement sur demande de l'enseignant. Ils évoquent aussi un frein parental à aller consulter à la PMI, lié à un mauvais vécu ou à des préjugés.

« Depuis 6 ans, la PMI n'est venue que 2 fois. On a rencontré le personnel qui expliquait que, de toute façon, au niveau effectif, ils sont trop justes. C'est très dommageable pour dépister les troubles de la vue et de l'audition. En plus, ça donnait du poids pour alerter les parents. » (E1)

« Il n'y a plus de dépistage systématique de la PMI. Les médecins insistent sur le fait que l'on peut envoyer les enfants en consultation. Mais il y a des parents qui ont eu un mauvais vécu de la PMI et qui ont du mal à y aller. Il y a un frein là-dedans aussi. » (E2)

« Effectivement, on peut orienter vers la PMI. Mais il y a des parents qui sont assez réticents, qui collent une étiquette sur la PMI : si j'y vais, on va me prendre pour un parent qui s'occupe mal de mon enfant. » (E4)

« Ils sont venus, il y a trois ans. C'était uniquement les moyennes sections que l'on signalait, ce n'était même pas universel » (E5)

« Maintenant en moyenne section, ils contrôlent l'audition et la vision. Ils ne contrôlent pas le langage d'emblée, uniquement si on leur demande. » (E8)

« Après conseil de la PMI d'orienter tous les enfants qui m'inquiétaient, j'ai envoyé cinq enfants de ma classe. Le médecin m'a répondu qu'il n'avait pas le temps. Il n'avait pas imaginé qu'on avait autant de situations. » (E11)

e. La médecine scolaire

Sur l'ensemble des enseignants, un seul dit avoir eu dans son école la visite de la médecine scolaire cette année. Une infirmière scolaire a vu l'ensemble des élèves de grande section de son école.

Pour les autres, voici quelques citations des entretiens :

François Marre : « Il existe une visite universelle de la médecine scolaire pour les enfants entre la grande section et le CP ; est-ce le cas dans votre établissement ? »

- Réponse d'un enseignant : « Ok, je l'apprends là, j'ai vécu ça dans aucun des établissements dans lesquels j'étais. » (E10)
- Réponse d'un second enseignant : « Non, non, jamais. Le médecin scolaire de Nantes qui parfois se dépêche dans le coin quand il y a des gros problèmes quoi. » (E6)
- Réponse d'un troisième enseignant : « Je n'ai jamais connu ça, et j'ai commencé il y a vingt ans. » (E4)
- Réponse d'un quatrième enseignant : « Non, il n'y en a plus du tout. Maintenant, c'est uniquement sur demande. » (E3)
- Réponse d'un cinquième enseignant : « Depuis quatre ans que je suis là, ça ne me dit rien ; et même avant. » (E1)
- Réponses similaires des cinq autres enseignants.

f. Le médecin généraliste

Pour rappel, deux enseignants ont confié orienter les enfants repérés au médecin généraliste.

Plusieurs enseignants décrivent avoir des enfants dans leur classe n'ayant pas de médecin traitant.

Une majorité d'enseignants remet en cause la capacité du généraliste à savoir dépister un trouble du langage oral.

« Les médecins généralistes ne sont pas très très entraînés à évaluer le langage » (E1)

« Le médecin traitant, est-ce qu'il va prendre le temps de voir les mêmes difficultés que nous ? Parce que voir l'enfant en quinze minutes, ah non ! » (E3)

Cette absence de confiance émane souvent d'un vécu personnel des consultations.

« Quand j'allais avec mon enfant chez mon médecin, jamais il ne s'est intéressé au langage » (E8)

« Mon médecin vérifiait la croissance de mes enfants et c'est tout. » (E4)

Une majorité évoque une image du généraliste débordé comme un frein à l'orientation.

« On n'a jamais osé contacter un généraliste. Non, parce qu'on sait que les médecins, ils sont débordés. » (E5)

Enfin, l'absence d'un retour sur les consultations par le médecin, au titre du secret médical, conduit à un sentiment de distance et de frustration.

« Il n'y a jamais de retour des médecins, même pour la directrice car il y a le secret médical » (E7)

« Je ne peux pas rentrer dans le dossier secret. Donc nous, voilà, on n'a pas de billes » (E2)

g. Le dépassement de fonction

Le sentiment de dépassement de fonction prédomine chez les enseignants, un dépassement dans l'orientation ainsi que dans le conseil et l'accompagnement des parents. Une des origines de ce dépassement est le délai des consultations médicales et paramédicales qui paraît trop long. Ce temps d'attente provoque souvent une anticipation de l'alerte faite aux parents. Ce thème amène chez l'enseignant systématiquement une expression et une gestuelle évocatrices de lassitude.

« On a la réalité des prises en charges orthophoniques qui sont à un an, ce qui fait qu'on est parfois dans l'hyper anticipation. On le fait dans l'attente de l'amélioration et on annule si ça va mieux, c'est dommage. » (E9)

« C'est un cercle vicieux. J'ai des doutes pour un enfant, est-ce que je conseille aux parents de se mettre sur liste d'attente (de l'orthophoniste) sachant que ça peut se débloquer ? On prend une place alors que les délais sont d'un an et demi ! » (E3)

« On se retrouve à faire des choses qu'on ne devrait pas faire et on le sait. Mais on n'a pas le choix. On remplit les dossiers MDPH avec les parents ! » (E10)

« J'ai des situations où je me dis que c'est pour le psychologue, le neuropsychologue ou encore le pédopsychiatre. Sauf que ce n'est pas à nous d'orienter. Sauf que le médecin traitant n'est pas toujours disponible, donc on fait ! » (E2)

3. Les ressources

Les enseignants de deux écoles évoquent la possibilité du passage d'un enseignant spécialisé. Il intervient sur demande, une à deux demi-journées par semaine. Il a la capacité de faire travailler les élèves en petits groupes pour aider au repérage des troubles divers. Les enseignants de ces écoles me précisent que cette personne n'a pas eu de formation supplémentaire ou différente de la leur.

Dans une troisième école, un enseignant évoque le fait que l'enseignant spécialisé effectue un test du langage à tous les élèves de grande section.

Enfin, une majorité d'enseignants évoque l'intervention possible d'une psychologue scolaire mais rapporte souvent le frein du délai d'intervention.

« On a une psychologue scolaire qui intervient. On peut lui demander conseil. Quand on demande, elle vient dans l'année scolaire », un collègue ajoute : « Oui c'est ça, dans l'année scolaire ! » (E9, E10)

4. Les pistes d'amélioration

Les enseignants souhaitent un bilan médical universel en petite section. Ils désirent au minimum qu'un bilan auditif systématique soit réalisé durant cette année afin d'évaluer le langage sans douter de l'ouïe de l'enfant. Ce bilan permettrait d'après les enseignants de mieux orienter l'enfant, de ne pas allonger le temps d'attente des consultations ORL et de gagner du temps pour l'enfant.

« Je pense, franchement, que si en petite section, systématiquement il y avait un dépistage auditif et visuel, déjà on m'aide. On élimine certaines difficultés » (E1)

« C'est hyper important, les tests auditifs dès la petite section. Parce que si on ne s'en rend pas compte, on passe à côté de plein de choses quoi. » (E4)

« Si on les envoie faire un bilan orthophonique et qu'on se trompe pour l'audition, on perd du temps ! » (E5)

L'ensemble des enseignants souhaite une formation. Ils sont demandeurs d'outils, de grilles de repérage par niveau de classe. Ils souhaitent des supports pour mieux repérer les enfants dans le besoin mais aussi pour les transmettre au médecin. Cette transmission au médecin leur paraît importante pour diminuer l'effet « téléphone arabe » du parent et pour établir un lien avec le médecin. Deux enseignants aimeraient pouvoir transmettre ces supports aux parents en début d'année pour se donner des objectifs communs.

« J'ai une petite fille cette année, le médecin de famille a transmis le livret de repérage des TND. C'est hyper intéressant parce que ça vient du médecin. Il nous demande ce qu'on observe et ça repart. Je suis bien conscient que lui en 15, 20 minutes il n'a pas le temps de voir tout ce qu'on observe en classe. C'est en fait de ces outils dont on a besoin pour communiquer entre nous. » (E10)

« Si on avait des grilles avec des repères, on pourrait en plus les montrer aux parents en début d'année. » (E11)

De nombreux enseignants sont demandeurs de soutien au moment d'alerter les parents.

« Ça aidait d'avoir l'appui du médecin de PMI. C'est toujours difficile d'entendre que son enfant a des difficultés. Nous ne sommes pas soignants et certains parents pensent qu'on ne veut pas le bien de leur enfant. » (E8)

« Qu'un professionnel de santé puisse aussi alerter, ça aiderait » (E3)

A chaque entretien, spontanément, des pistes d'amélioration dans le lien avec le médecin traitant ont été évoquées. La première, est celle de pouvoir communiquer avec le médecin traitant - de l'enseignant vers le médecin mais aussi du médecin vers l'enseignant. Tous sont demandeurs de grilles à transmettre avec leurs observations. Nombreux sont ceux qui souhaitent joindre directement le médecin, par mail ou par téléphone. L'ensemble des enseignants souhaitent que le médecin traitant soit convié aux équipes éducatives. Ils comprennent bien que ce lien ne pourra se faire qu'avec l'accord des deux parents. Un enseignant évoque l'idée de faire signer un accord aux parents à la rentrée pour avoir la possibilité de contacter le médecin traitant durant l'année scolaire.

« On peut imaginer un outil qu'on pourrait utiliser pour les enfants qui nous questionnent. Un outil à transmettre au médecin en lui disant : voilà ce que j'ai repéré. A l'inverse, un médecin qui pourrait dire : pouvez-vous observer telle ou telle chose, pour affiner la demande. Ça serait intéressant. »

« Une année, des parents avaient accepté que je contacte le médecin traitant directement, c'était super ! » (E6)

« On serait vraiment preneurs de pouvoir communiquer avec le médecin traitant, par des grilles à transmettre, par mail ou même par téléphone » (E8)

« Avoir un retour du médecin ça serait exceptionnel, même juste pour savoir vers qui il a orienté, car certains parents ne nous rapportent rien. » (E9)

« Les équipes éducatives, ça permet de se retrouver avec plusieurs professionnels de santé et les parents. Ça serait super de pouvoir inviter le médecin traitant, on a bien des orthophonistes qui viennent ! » (E10)

« On n'invite jamais le médecin de famille (aux équipes éducatives). Mais c'est quand même lui qui est censé coordonner tout ça ! ». (E11)

« On aimerait inviter le médecin généraliste aux équipes éducatives. On n'a jamais osé le faire car on sait qu'ils sont débordés » (E5)

III- Discussion

A- Résultat principal

Les enseignants se trouvent en première ligne et sont tous impliqués dans le repérage des troubles du langage oral en milieu scolaire. Chaque année ils rencontrent des enfants susceptibles de présenter ces troubles.

Les enseignants sont isolés dans cette tâche de repérage en milieu scolaire. Ils le sont d'autant plus qu'ils constatent et confirment un recul du corps médical dans le milieu scolaire. Ils déplorent l'absence de la médecine scolaire et une nette régression des interventions de la PMI. En conséquence, ils endossent le rôle principal, voire unique dans le repérage des troubles du langage oral en milieu scolaire, troubles qu'ils décrivent comme étant de plus en plus fréquents chaque année.

L'absence d'évaluation systématique, réalisée par la PMI pour les enfants de 3 à 4 ans et par la médecine scolaire pour les enfants de 6 ans, place les enseignants dans une position délicate. Les fonctions sensorielles telles que l'audition et la vision, prérequis indispensables à la fonction de langage, y étaient testées. En l'absence d'un tel dépistage, il est plus complexe pour les enseignants de repérer l'enfant présentant un authentique trouble du langage oral.

Leur approche du repérage repose principalement sur l'expérience, qui est un critère subjectif, non quantifiable et qui varie considérablement d'un enseignant à l'autre. La comparaison entre les enfants est un autre moyen évoqué ; mais, bien que cela puisse mettre en évidence des écarts, cela ne peut pas constituer un outil fiable. En outre, la connaissance et l'utilisation de grilles ou d'outils validés pour le repérage sont rares.

Le manque de connaissance théorique des critères de repérage émane d'une formation initiale et continue insuffisante, comme cela a été évoqué par une majorité d'enseignants. L'absence de la médecine scolaire, qui est censée jouer un rôle dans la formation du personnel de l'Éducation nationale, peut l'expliquer en partie.

L'érosion des ressources médicales au sein des écoles engendre un sentiment d'isolement mais aussi de dépassement de fonction pour les enseignants. Ils se retrouvent seuls pour alerter et orienter les parents. Ce sentiment est accentué par les difficultés à obtenir des consultations avec des professionnels de santé. Dans la communauté de communes d'Ancenis, par exemple, il faut compter plusieurs mois pour un rendez-vous ORL, et plus d'un an pour un bilan orthophonique. Cette conscience des délais est pressante et mal vécue pour les enseignants. Bien qu'ils sachent que l'orientation relève de la responsabilité du médecin, la longueur des délais les pousse à proposer des orientations aux parents. Cette approche engage davantage l'enseignant mais désengage le médecin traitant, car les parents viennent en consultation pour une demande de bilan spécialisé plutôt que pour une évaluation médicale (36).

Peu d'enseignants orientent les parents vers le médecin traitant de l'enfant, car ils estiment que ce dernier n'a ni le temps ni les compétences nécessaires pour évaluer le langage. Cette réticence provient en grande partie de l'expérience des enseignants avec les consultations pour leurs propres enfants. Pour eux, le médecin

traitant remplit principalement un rôle administratif en fournissant des ordonnances pour des bilans orthophoniques ou des courriers pour des consultations chez un spécialiste. Ce qui éloigne le médecin traitant de l'équation, selon les enseignants, c'est principalement le manque de communication. En comparaison, ils ont régulièrement, avec l'accord des parents, un retour des orthophonistes et même leur présence en réunion d'équipe éducative. Bien que le respect du secret médical soit compris, il crée une distance et de la frustration.

En résumé, le manque de formation, le recul des ressources médicales dans les écoles, les délais pour consulter des professionnels médicaux et paramédicaux, ainsi que le manque de communication avec le médecin traitant sont les principaux facteurs qui contribuent à des pratiques de repérage très hétérogènes.

B- Perspectives

Cette enquête a permis de faire émerger de nombreuses perspectives d'amélioration. Pour commencer, il nous semble essentiel de partager les impressions générales tirées des entretiens. Les enseignants se sont montrés enthousiastes et intéressés lors de ces rencontres. Ils semblaient curieux et satisfaits de l'attention portée à leurs pratiques par une personne extérieure à l'école. Chacun a affirmé qu'il n'avait jamais été interrogé sur ce sujet auparavant, et ils étaient tous ouverts à poursuivre ce travail lorsque des améliorations seraient envisagées.

Cette étude souligne l'amenuisement de la place prise par la médecine scolaire et la PMI en termes d'actions de formation et de dépistage. Il faut renforcer la visibilité et la promotion de ces activités auprès des professionnels de santé.

En ce qui concerne les médecins généralistes, l'étude les encourage à se perfectionner dans le domaine des troubles du langage oral et à adopter une approche plus systématique dans le dépistage de ces troubles. Elle soulève la question de la communication avec les enseignants. Elle suggère qu'au minimum, il serait bénéfique pour les enseignants de recevoir un retour d'information des consultations, avec le consentement des parents. Au maximum, de permettre la communication directe entre l'enseignant et le médecin traitant, avec l'accord des parents, via des moyens tels que le courrier, l'e-mail ou le téléphone. Elle encourage également à participer aux réunions des équipes éducatives.

Ces interactions permettraient une compréhension plus profonde des besoins des élèves et favoriseraient la coordination pour leur fournir un soutien adéquat.

Cette étude peut conduire à plusieurs actions pratiques pour améliorer l'efficacité du processus de repérage. La première est l'utilisation de grilles de repérage simples pour les troubles du langage oral, adaptées à chaque niveau de classe ; ces grilles pourraient ensuite être transmises par les parents lors de la consultation médicale ; cela permettrait d'aider et de valoriser le travail de l'enseignant, de limiter la déformation des propos rapportés par les parents et, enfin, de faciliter la tâche du médecin lors de ses consultations.

De plus, elle suggère la mise en place de formations destinées aux enseignants. Ces formations pourraient être organisées, par exemple, dans le cadre de la CPTS, permettant de réunir différentes compétences (orthophonistes, médecins, neuropsychologues, etc.). Cette approche favoriserait la mise en commun des

connaissances, l'harmonisation des pratiques et renforcerait les liens entre les professionnels de la santé et de l'éducation pour un repérage plus cohérent.

C- Forces et limites de l'étude

La particularité de cette étude réside dans le groupe ciblé pour la recherche. L'exploration des pratiques et des attentes des enseignants révèle des dimensions inédites, à considérer en vue d'améliorer les pratiques générales. Cette enquête a permis d'identifier les difficultés existantes et de proposer de nombreuses pistes d'amélioration.

L'échantillon, bien qu'il ait été diversifié, reste limité, étant constitué seulement de onze enseignants. Il a tout de même permis d'arriver à saturation des données, facteur essentiel à la validité de l'étude.

On peut considérer qu'il existe un biais de recrutement, car les enseignants ont été sollicités initialement via un questionnaire diffusé par la CPTS d'Ancenis, portant sur les troubles du neurodéveloppement. Les enseignants qui ont répondu étaient probablement davantage susceptibles d'être intéressés par le sujet de cette thèse.

Un biais d'investigation est également à noter, étant donné que les entretiens semi-directifs ne permettent pas de vérifier l'authenticité des discours des personnes interrogées. De plus, l'inexpérience de l'enquêteur à mener des entretiens peut avoir influencé les réponses obtenues. L'enquêteur a tenté de limiter ce biais en minimisant ses interventions et en utilisant un canevas d'entretien. Il convient de noter que l'enquêteur était un médecin généraliste, ce qui a pu susciter une certaine réticence de la part des participants à se confier complètement, par crainte d'être jugés.

Enfin, un biais d'interprétation est présent, car l'analyse a été menée par un seul enquêteur. On note une absence de triangulation de l'analyse qui aurait renforcé la validité des résultats.

IV- Conclusion

La recherche menée au sein de ce travail de thèse a exposé de manière approfondie les enjeux majeurs et la pression croissante auxquels les enseignants sont confrontés lorsqu'il s'agit de repérer les troubles du langage oral en milieu scolaire.

On constate en premier lieu le rôle central et parfois unique des enseignants dans le repérage des troubles du langage oral au sein de l'école. Leur responsabilité s'accroît avec le recul de la place prise par la médecine scolaire et la PMI dans la santé de l'enfant.

Par ailleurs, les pratiques de repérages par les enseignants sont diverses et rarement fondées sur des outils systématiques et validés. L'hétérogénéité de ces pratiques résulte du manque de formation, de l'insuffisance en ressources médicales dans le milieu scolaire et des difficultés d'accès aux professionnels de santé extérieurs.

Pour optimiser le repérage, en vue d'un diagnostic et d'une prise en charge des troubles du langage oral, cette étude a mis en évidence plusieurs pistes d'actions, d'abord par des temps de formation pour les enseignants, en s'appuyant sur des critères standardisés et des supports validés.

Il est également important que les médecins traitants soient plus informés et impliqués.

Ensuite, le fait d'améliorer la coordination pluridisciplinaire et avec les parents, permettrait de fluidifier la prise en charge.

Par ailleurs, il est important de réfléchir à des solutions à long terme pour pallier le manque de ressources médicales dans les écoles en valorisant les carrières au sein de la médecine scolaire et de la PMI.

Cette recherche souligne l'importance d'une collaboration renforcée entre le domaine de l'éducation et le secteur médical pour améliorer la détection précoce des troubles du langage oral. Les enseignants jouent un rôle central dans ce processus, mais ils ont besoin de soutien, de formation et de meilleures lignes de communication avec les professionnels de la santé. L'avenir de la détection précoce des troubles du langage oral dépendra de la collaboration interdisciplinaire et de l'engagement à faire progresser les pratiques actuelles. Il reste encore beaucoup à faire, mais cette étude marque un premier pas vers une meilleure compréhension et une amélioration de cette problématique essentielle pour le bien-être des enfants et leur réussite scolaire.

Annexes

Annexe 1

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Pathologie(s) à suspecter
À tout âge	Ne semble pas réagir au bruit. Présente des infections ORL récurrentes. A des difficultés pour comprendre ou répondre de façon appropriée.	Surdité.
	Ne comprend pas le langage du quotidien. Communique très peu malgré son désir de communiquer ou faute de désir de communiquer. Ne fait pas ou peu de progrès de langage malgré la socialisation.	Troubles envahissants du développement (autisme, ...). Déficience intellectuelle.
	Interpelle par son comportement (s'isole, se replie sur soi ou s'oppose, agresse) ou par des plaintes somatiques répétées.	Troubles du langage oral ou écrit. Troubles envahissants du développement (autisme, ...). Déficience intellectuelle. Troubles anxieux, dépressifs, ...
À 15 mois	Ne fait pas de tentative pour dire des mots. Ne pointe pas du doigt. N'a pas d'attention conjointe.	Surdité.
À 2 ans	Ne comprend pas le langage même simple. Ne dispose pas de 50 mots de vocabulaire. Ne dispose que d'un nombre restreint de consonnes.	Retard de langage. Déficience intellectuelle. Troubles envahissants du développement (autisme, ...).
À 2 ans 6 mois	N'est pas capable de réaliser une consigne verbale simple. N'associe pas deux mots pour faire une phrase. Est très peu compréhensible par l'entourage.	
	Hésite beaucoup quand il parle.	Bégaiement.
À 3 ans	A des difficultés pour comprendre les phrases hors contexte. Ne fait pas de phrase à trois éléments (sujet + verbe + complément). A des difficultés pour trouver le bon mot pour exprimer ses idées. N'est compris que par son entourage.	Surdité. Retard de langage.
À partir de 4 ans	Garde des difficultés pour comprendre le langage quand les phrases sont longues, complexes ou abstraites. Dispose d'un vocabulaire restreint et imprécis. Ne fait que des phrases courtes ou mal construites. A du mal à raconter des événements simples et récents. Simplifie des mots, ce qui le rend peu intelligible.	Déficience intellectuelle. Retard de parole. Dysphasie.
	Répète des sons plusieurs fois avant de parler. Se bloque en début de phrase.	Bégaiement.
À partir de 4 ans 6 mois	Prononce mal certains sons.	Trouble d'articulation.
À partir de 5 ans	N'organise correctement ni sa parole, ni son langage sur le versant expression. A des difficultés pour comprendre.	Retard de langage. Déficience intellectuelle. Dysphasie. Risque de difficultés d'apprentissage de l'écrit.
	Ne s'intéresse pas à la forme sonore du langage : ne perçoit pas les rimes, le nombre de syllabes dans un mot (conscience phonologique).	Risque de difficultés d'apprentissage de l'écrit.
En fin de CP	A des difficultés dans l'apprentissage de la lecture.	Retard du langage écrit. Déficience intellectuelle. Troubles visuels et auditifs.
À partir du CE2	Ne maîtrise pas la lecture et/ou l'écriture.	Dyslexie. Dysorthographe.

Annexe 2 – DPL3

QUESTIONNAIRE POUR LE REPERAGE DES TROUBLES DU LANGAGE
CHEZ L'ENFANT DE TROIS ANS A TROIS ANS ET DEMI

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Sexe : M F Âge : mois Rempli le :
 Profession des parents : Père :
 Mère :
 Ecole : Ville :

▪ L'enfant communique spontanément avec les adultes oui non

▪ L'enfant utilise spontanément le langage oral dans les activités oui non

▪ L'enfant exprime spontanément verbalement ses sentiments, ses désirs, ses difficultés
Exemples :

oui non

▪ L'enfant fait ses premiers bonshommes têtards (B)

Éléments identifiés			
tête	<input type="checkbox"/>	2 oreilles	<input type="checkbox"/>
2 yeux	<input type="checkbox"/>	ventre	<input type="checkbox"/>
2 jambes	<input type="checkbox"/>	2 bras	<input type="checkbox"/>
bouche	<input type="checkbox"/>	2 mains	<input type="checkbox"/>
nez	<input type="checkbox"/>	2 pieds	<input type="checkbox"/>
cheveux	<input type="checkbox"/>	autre(s)	<input type="checkbox"/>

score B : ≥ 3 oui non

▪ L'enfant imite le cercle, le ferme

Caractéristiques de la figure		
arrondie	<input type="checkbox"/>	sans angle ni trait droit <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	fermée <input type="checkbox"/>

3 caractéristiques oui non

▪ L'enfant nomme lorsqu'on lui demande (VA)

Rouge Bleu Vert Jaune
 Debout Couché Assis
 Devant Derrière
 En haut En bas Genou Menton
 Vache Cheval
 Jupe Pull Pyjama Robe Bottes

score VA : / 20 ≥ 11 oui non

▪ L'enfant désigne sur demande (VP)

Bleu Vert Jaune
 Devant toi Derrière toi
 En haut En bas Genou Menton
 Jupe Pyjama Robe

score VP : / 12 ≥ 8 oui non

▪ L'enfant comprend des ordres simples non accompagnés de gestes oui non

▪ L'enfant construit des phrases de type S + V + C et utilise le "je" à l'occasion oui non

▪ L'enfant articule de façon satisfaisante pour que le message soit compris oui non

Observations

Comportement général

Style de communication	enfant sociable <input type="checkbox"/>	enfant réservé <input type="checkbox"/>
Comportement	stable <input type="checkbox"/>	instable <input type="checkbox"/>
Entrée en relation	regarde l'interlocuteur <input type="checkbox"/>	ne regarde pas l'interlocuteur <input type="checkbox"/>

Versant réception

Fixe les lèvres	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Fait répéter	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Comprend en situation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Versant production

A tendance à bégayer	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Répète en écho ce qui est dit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
est très peu intelligible	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Suce (un doigt, une tétine, le biberon...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Présente un bavage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Pendant les activités sur feuille

Main utilisée	droite <input type="checkbox"/>	gauche <input type="checkbox"/>
Tenue de crayon	correcte <input type="checkbox"/>	incorrecte <input type="checkbox"/>

Environnement langagier

Autre langue parlée à la maison	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Laquelle ?		

Scolarisation

Âge d'entrée à l'école		
sentiments important	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

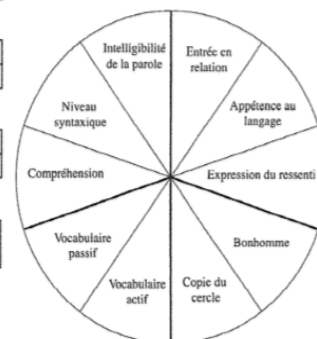
Conclusion

Score total

Classement d'après le score	Reclassement éventuel
SATISFAISANT <input type="checkbox"/>	FRAGILE <input type="checkbox"/>
FRAGILE <input type="checkbox"/>	EN DIFFICULTE <input type="checkbox"/>
EN DIFFICULTE <input type="checkbox"/>	Motif :

Utilisateur(s)

Enseignant Médecin Autre Orthophoniste partenaire



Annexe 3 - QLC

DUC 3 ANS 1/2		QUESTIONNAIRE "LANGAGE ET COMPORTEMENT"		ECOLE _____	
DESTINÉ AUX ENSEIGNANTS DE PETITE SECTION DE MATERNELLE POUR L'OBSERVATION DES ENFANTS				(indiquer aussi la commune) _____	
ENTRE 3 ANS 6 MOIS ET 3 ANS 8 MOIS				Classe (si plusieurs Petites Sections) : _____	
				Considérez-vous que le groupe d'enfants de votre classe a en moyenne un niveau (entourer la réponse) ? peu élevé moyen élevé	
ENFANT NOM : _____ Prénom _____ Date de naissance : _____					
Profession du Père : _____ Profession de la Mère : _____					
A la maison : <input type="checkbox"/> • l'ensemble de la famille parle uniquement le français <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Une ou plusieurs personne(s) parle(nt) une autre langue <input type="checkbox"/>					
VOIX ① voix normale [si voix chuchotée (ou très faible) cocher la case NON] <input type="checkbox"/>	OUI	NON	MOTRICITÉ ⑩ - dans les exercices corporels : motricité moyenne, bonne ou excellente [cocher la case NON si motricité médiocre ou insuffisante] <input type="checkbox"/>	OUI	NON
PAROLE ② parole normale* [si l'enfant a un "parler bébé" cocher la case NON] <input type="checkbox"/>	OUI	NON	⑪ - habileté manuelle motricité moyenne, bonne ou excellente [cocher la case NON si habileté médiocre ou insuffisante] <input type="checkbox"/>	OUI	NON
COMPRÉHENSION - NOTIONS COGNITIVES - comprend - à côté, dans (exemples pour "mise en route") ③ - sur (dessus) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ④ - sous (dessous) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑤ - le plus long (le plus grand) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑥ - Qu'est-ce que... ? (+ verbe d'action)* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑦ - Combien... ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑧ - Pourquoi... ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - désigne - oreilles, main, bras... (exemples pour "mise en route") ⑨ - ventre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON	⑩ - peut découper avec des ciseaux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑪ - utilise la colle de façon adaptée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON
EXPRESSION ⑩ - dit ses nom ET prénom* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑪ - répond à "Tu as quel âge ?" (même si erreur) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑫ - utilise le "je"* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑬ - fait des phrases de plus de 3 mots (avec verbe) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑭ - ET de plus utilise des subordonnées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑮ - a un vocabulaire normal ou même riche [cocher la case NON si vocabulaire restreint ou très pauvre (ou si l'enfant ne parle pas)] <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON	MÉMOIRE ⑩ - retient facilement les comptines <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON
* Les items ainsi marqués sont ceux qui ont la plus forte liaison avec les résultats des tests de langage et de performance administrés au même âge (Chevrie-Muller et al, 1993).	OUI	NON	COMPORTEMENT DANS LE JEU ⑫ - quand il joue verbalise ses actions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑬ - dans le jeu peut introduire la fiction (faire "comme si") <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON
* Les items ainsi marqués sont ceux qui ont la plus forte liaison avec les résultats des tests de langage et de performance administrés au même âge (Chevrie-Muller et al, 1993).	OUI	NON	COMPORTEMENT DANS LES ACTIVITÉS SCOLAIRES (activités d'éveil) ⑭ - a des activités normalement diversifiées [cocher la case NON s'il passe d'une activité à l'autre sans s'y tenir OU si (au long des jours) il s'attache trop à la même activité] <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON
* Les items ainsi marqués sont ceux qui ont la plus forte liaison avec les résultats des tests de langage et de performance administrés au même âge (Chevrie-Muller et al, 1993).	OUI	NON	⑮ - exécute tout son "travail" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑯ - est capable de soutenir son attention (de façon normale pour un enfant de son âge) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑰ - aime le moment où on raconte une histoire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON
* Les items ainsi marqués sont ceux qui ont la plus forte liaison avec les résultats des tests de langage et de performance administrés au même âge (Chevrie-Muller et al, 1993).	OUI	NON	COMPORTEMENT EN GROUPE ⑱ - suit volontiers les "règles de vie" en classe* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑲ - obéit à chacun son tour <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON
* Les items ainsi marqués sont ceux qui ont la plus forte liaison avec les résultats des tests de langage et de performance administrés au même âge (Chevrie-Muller et al, 1993).	OUI	NON	COMPORTEMENT EN GÉNÉRAL ⑳ - pas de difficultés de comportement [si l'enfant a des difficultés de comportement cocher la case NON] <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI	NON
TOTAL DES "NON" <input type="checkbox"/>					
Modalités de la cotation (consulter aussi le Manuel) A l'issue du questionnaire le total des questions ayant donné lieu à la réponse NON est calculé. On peut appliquer alors en fonction du nombre total de réponses "NON" (ou "score négatif") l'évaluation suivante : <ul style="list-style-type: none"> - de 0 à 9 inclus = l'enfant n'a pas de difficultés - 10 à 13 inclus = l'enfant est à surveiller et à revoir - de 14 à 17 inclus = difficultés probables, intérêt d'une procédure d'examen individuel (pédiatre, orthophoniste ou psychologue...) - au-dessus de 18 = examen individuel INDISPENSABLE 					
© Copyright • LES CAHIERS PRATIQUES D'A.N.A.E. • 2005 - A.N.A.E. - PLÉIOMEDIA					

Annexe 4 - Guide entretien

Question d'accroche :

- Avez-vous déjà été confronté à un élève en retard au plan du langage ?
Racontez-moi votre dernière expérience ?

Si non énoncé spontanément :

- Comment repérez-vous l'enfant suspect de trouble du langage ?
- Utilisez-vous des outils pour repérer ?
- Avez-vous eu une formation sur le repérage des troubles du langage oral ?
- Comment orientez-vous l'enfant repéré ?
- Quelles sont les difficultés dans votre activité de repérage ?
- Avez-vous des aides au sein de l'école ?
- Avez-vous des suggestions pour améliorer le repérage ?

Fin entretien, questions biographiques :

- En quel niveau scolaire travaillez-vous et avez-vous travaillé ? combien d'années ?
- Avez-vous déjà été interrogé sur ce sujet ?
- Il existe un bilan universel réalisé par la PMI pour les enfants de 3 à 4 ans ; est-ce le cas dans votre établissement ?
- Il existe une visite universelle de la médecine scolaire pour les enfants entre la grande section et le CP ; est-ce le cas dans votre établissement ?
- Commentaires libres :

Bibliographie

1. Karmiloff K, Karmiloff-Smith A, Bonin Y. Comment les enfants entrent dans le langage: un nouveau regard sur les théories et les pratiques d'acquisition du langage. Paris: Retz; 2012. (Petit forum).
2. Touzin M. Troubles du langage oral chez l'enfant de 3 ans. Arch Pédiatrie. mai 2014;21(5):307-8.
3. Colas P, Ruiz S, Delteil F. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification. J Pédiatrie Puériculture. avr 2021;34(2):68-77.
4. Avenet S, Lemaitre MP, Vallée L. Troubles spécifiques du langage oral : spécificité et limites étiopathogéniques. ANAE. 2014;26(Tome 2):149-58.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Société Française de Pédiatrie. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant : guide pratique. Ministère de la Santé, de la jeunesse et des Sports; 2007.
7. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. J Speech Lang Hear Res. déc 1997;40(6):1245-60.
8. Scarborough HS, Dobrich W. Development of Children with Early Language Delay. J Speech Lang Hear Res. mars 1990;33(1):70-83.
9. Menyuk P, Chesnick M, Liebergott JW, Korngold B, D'Agostino R, Belanger A. Predicting Reading Problems In At-Risk Children. J Speech Lang Hear Res. août 1991;34(4):893-903.
10. Gross-Tsur V, Manor O, Shalev RS. DEVELOPMENTAL DYSCALCULIA: PREVALENCE AND DEMOGRAPHIC FEATURES. Dev Med Child Neurol. 12 nov 2008;38(1):25-33.
11. Einarsdóttir JT, Björnsdóttir A, Símonardóttir I. The Predictive Value of Preschool Language Assessments on Academic Achievement: A 10-Year Longitudinal Study of Icelandic Children. Am J Speech Lang Pathol. févr 2016;25(1):67-79.
12. Delahaie M, Billard C, Calvet C, Tichet J. Dyslexie développementale et illettrisme : Quels marqueurs ? ANAE Approche Neuropsychol Apprentiss Chez Enfant 2000 Num 57 Pp 43-49.
13. Conseil d'Orientation pour l'Emploi. Rapport : Illettrisme et Emploi. 2010.
14. Haut Conseil de la Santé publique. Les troubles d'apprentissage de l'enfant. Un problème de santé publique ? 1999 [Internet]. Actualité et Dossier en Santé Publique ADSP. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/15/Hebdo42/MENE1517120C.html>
15. Ministère de l'Éducation Nationale. Bulletin officiel n° 6. 2022.
16. Ringard JC. A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique : rapport remis au Ministre de l'éducation nationale. 2000.
17. ANAES. L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. 1 mai 2001;Recommandation de bonne pratique.
18. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. 2005.
19. Vallée L, Dellatolas G. Recommandations sur les outils de Repérage, Dépistage et Diagnostic pour les Enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage Plan triennal interministériel 2001-

2004 Ministères chargés de l'éducation nationale et de la santé. 2005.

20. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Mobiliser le langage dans toutes ses dimensions - Fiches repères [Internet]. 2017. Disponible sur:
http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/1397/fichier_memoire_marie_boisnaul t88b59.pdf
21. Boisnault M. Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie [Mémoire du Certificat de capacité d'orthophoniste]. Université Nice Sophia Antipolis; 2018.
22. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Missions des médecins de l'éducation nationale. Circulaire n° 2015-118; 2015.
23. Gaudron G, Pinville M. La médecine scolaire [Internet]. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, Assemblée nationale; 2017 nov. Report No.: 3968. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>
24. Cour des Comptes. Les médecins et les personnels de santé scolaire - Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale [Internet]. 2020. Disponible sur: 2020 <https://www.vie-publique.fr/rapport/274412-les-medecins-et-les-personnels-de-sante-scolaire>
25. Bégué P. La médecine scolaire en France [Internet]. Académie nationale de médecine; 2017 oct. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-scolaire-en-france/>
26. Barot D, Carret AS, Bonhomme C, Perrier S, Farhi D. bilans de santé recherche-action sur les bilans de santé des enfants de 3 et 4 ans réalisés par la protection maternelle et infantile dans les écoles maternelles de la somme. J Pédiatrie Puériculture. févr 2003;16(1):4-11.
27. Code de la santé publique - Article L2112 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207519&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160316>
28. Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de synthèse [Internet]. Inspection générale des Affaires sociales; 2006 nov. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000139.pdf>
29. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2007 mars. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000282.pdf>
30. LOI n° 2007-293 réformant la protection de l'enfance [Internet]. mars 5, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&categorieLien=id>
31. Drees. Protection maternelle et infantile (PMI) : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019. 2022.
32. Bois C, Milcent K, Dufourg M, Charles M. Bilan de santé des enfants de 3-4 ans en école maternelle par la Protection maternelle et infantile en 2014-2016 : disparités départementales des pratiques. 14 janv 2020;(1):9-17.
33. LOI n° 2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. juill 24, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>
34. L'Assurance Maladie. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remunerationobjectifs/medecin-traitant-enfant>
35. Beltran Guillerm P. Etat des lieux de la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant en médecine de ville en Maine-et-Loire et en Sarthe. [Thèse d'exercice de Pédiatrie].

[Faculté de médecine]: Université d'Angers; 2016.

36. Sauvadet C. Troubles du langage oral chez l'enfant: repérage, dépistage, prise en charge et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Université Henri Poincaré, Faculté de médecine de Nancy; 2010.

37. Dupont CE. Le repérage des troubles du langage de l'enfant en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique. [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Université de Strasbourg; 2019.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : MARRE**PRENOM : FRANCOIS****Titre de Thèse : Le repérage des troubles du langage oral en milieu scolaire : analyse des pratiques**

RESUME

Contexte : Les troubles développementaux du langage oral touchent environ 7% des enfants et sont au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. Leurs conséquences peuvent être multiples, allant de l'échec scolaire aux difficultés psychoaffectives, comportementales et relationnelles. Le repérage précoce de ces troubles en milieu scolaire est primordial. Cette thèse s'intéresse aux pratiques de repérage des enseignants dans un contexte d'érosion des ressources médicales au sein des écoles.

Objectif : Le but de cette étude est d'explorer la situation des enseignants face au repérage des troubles du langage oral, en analysant leur pratique et en élaborant des pistes d'amélioration.

Méthode et résultats : Cette étude repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès de onze enseignants de maternelle. Les résultats montrent le rôle central et parfois unique des enseignants dans le repérage des troubles du langage oral au sein de l'école. Leur responsabilité s'accroît avec le recul de la place prise par la médecine scolaire et la PMI dans la santé de l'enfant. Les pratiques de repérages par les enseignants sont diverses et rarement fondées sur des outils systématiques et validés. L'hétérogénéité de ces pratiques résulte d'un manque de formation, de l'insuffisance en ressources médicales dans le milieu scolaire et des difficultés d'accès aux professionnels de santé extérieurs. Pour optimiser le repérage, cette étude a mis en évidence plusieurs pistes d'actions, par des temps de formation pour les enseignants, par une plus grande implication des médecins traitants, par l'amélioration de la coordination pluridisciplinaire.

Conclusion : Cette recherche souligne l'importance d'une collaboration renforcée entre le domaine de l'éducation et le secteur médical pour améliorer la détection précoce des troubles du langage oral. Les enseignants jouent un rôle central dans ce processus, mais ils ont besoin de soutien, de formation et de meilleures lignes de communication avec les professionnels de la santé. L'avenir de la détection précoce des troubles du langage oral dépendra de la collaboration interdisciplinaire et de l'engagement à faire progresser les pratiques actuelles. Cette étude marque un premier pas vers une meilleure compréhension et une amélioration de cette problématique essentielle pour le bien-être des enfants et leur réussite scolaire.

MOTS-CLES

Troubles du langage, développement du langage oral, tests du langage, enseignants, service de santé scolaire, centre de protection maternelle et infantile, médecine générale