

# Plan

---

## Liste des abréviations

### I- Introduction

1. **Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant : un problème varié et fréquent**
2. **Les troubles du langage : des conséquences multiples**
3. **Un enjeu de santé publique**
4. **Place des médecins : un rôle à différents niveaux**
5. **Contexte et objectifs de l'étude**

### II- Matériel et méthodes

1. **Matériel**
  - A. Population étudiée
  - B. Critères d'exclusion
  - C. Sélection de la population
2. **Méthodes**
  - A. Réalisation du questionnaire
  - B. Envoi des questionnaires
  - C. Analyses des réponses et des données

### III- Résultats

1. **Description de la population étudiée**
  - A. Réception des questionnaires
  - B. Caractéristiques de la population
  - C. Etude de la représentativité de l'échantillon
2. **Les troubles du langage en théorie : connaissances des praticiens**
  - A. Les étapes de développement du langage et signes d'appel
  - B. En consultation : les praticiens face aux troubles du langage
3. **Du dépistage à la prise en charge des troubles**
  - A. L'utilisation des tests de repérage et de dépistage
  - B. L'organisation du bilan et le recours à d'autres professionnels de santé
  - C. Les praticiens et les centres régionaux de référence du langage
4. **Un souhait de formation complémentaire ?**
5. **Ajustement des résultats**

### IV- Discussion

1. **Forces et limites de l'étude**
  - A. Forces de notre travail

- 1) Respect des objectifs
- 2) Population étudiée : caractéristiques et représentativité de l'échantillon
- B. Les limites de l'étude
- 2. Des connaissances variables mais un intérêt certain pour le langage de l'enfant**
  - A. Les troubles du langage en théorie : des connaissances parfois manquantes
  - B. Un intérêt partagé par les familles et les professionnels de santé
- 3. La confirmation des troubles et ses obstacles**
- 4. Etablir le diagnostic : un bilan orienté par la clinique**
  - A. Le bilan orthophonique : un premier temps capital pour évaluer les compétences langagières
  - B. Des ressources multiples
- 5. Les centres régionaux de référence du langage : des structures dédiées**
- 6. Une volonté constante de se former**
- 7. Une alternative proposée pour améliorer la prise en charge : le travail en réseau**

## **V- Conclusion**

## **Bibliographie**

## **Table des matières**

## **Table des figures et tableaux**

## **Annexes**

## **Résumé**

## Liste des abréviations

---

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BREV : Batterie Rapide d'Evaluation

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRTLA : Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DPL3 : Dépistage et Prévention Langage à trois ans

EDA : Evaluation Des fonctions cognitives et Apprentissages

EEG : Electroencéphalogramme

ERTL4 : Evaluation Rapide des Troubles du Langage à quatre ans

ERTLA6 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à six ans

FMC : Formation Médicale Continue

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PMI : Protection Maternelle et Infantile

# I. INTRODUCTION

## 1. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant : un problème varié et fréquent

Le langage chez l'enfant se met en place progressivement, dès les premiers moments de la vie et se développe selon une succession d'étapes au cours desquelles des difficultés peuvent être repérées. Elles peuvent concerner le langage oral et/ou le langage écrit, être isolées ou spécifiques (troubles fonctionnels tels que les troubles de l'articulation, les retards simples de parole ou de langage ; troubles structurels tels que la dysphasie ou la dyslexie) ou encore secondaires à une pathologie (maladie neurologique, déficit sensoriel, malformation des organes phonatoires...).

Ces troubles touchent 4 à 5% des enfants d'une classe d'âge soit environ un enfant par classe, dont le quart sont atteints de troubles sévères (1).

## 2. Les troubles du langage : des conséquences multiples

Les troubles du langage peuvent avoir des conséquences variées, variables selon le trouble présenté mais non négligeables chez l'enfant. Certaines d'entre elles sont résumées dans la spirale de l'échec (Figure 1), d'après Dr L. Vaivre-Douret (2) qui montre l'évolution possible des troubles des apprentissages, et notamment du langage, vers l'échec scolaire, la dévalorisation, la souffrance psychologique et le handicap social.

Sur le plan scolaire, un enfant présentant un trouble spécifique du langage oral pourra éprouver des difficultés en lecture (3-5) ou encore dans l'apprentissage des mathématiques (6) avec des répercussions sur la réussite scolaire (7). Au-delà, la dyslexie peut mener à l'illettrisme chez les jeunes adultes, responsable de difficultés d'insertion sociale et professionnelle (8, 9).

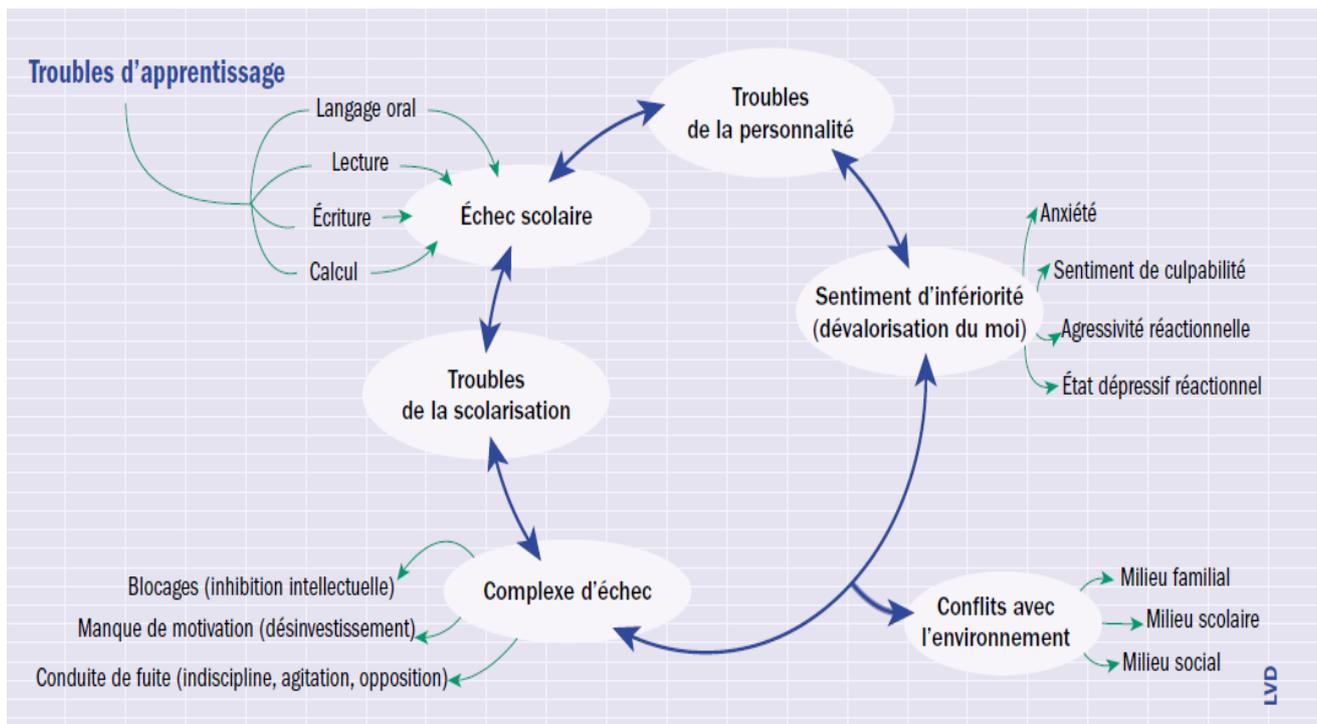


Figure 1 : Spirale de l'échec chez les enfants présentant des troubles des apprentissages (2)

Sur le plan psychologique, les enfants d'âge pré-scolaire présentant un trouble du langage seront plus à risque de développer des troubles du comportement et des difficultés d'ordre émotionnelles (10). Ces troubles persistent à l'adolescence et à l'âge adulte avec des individus qui sont alors plus à risque de développer des troubles anxieux ou des troubles phobiques à type de phobie sociale (11). Des troubles de la personnalité (personnalité antisociale) sont également plus fréquemment retrouvés à l'âge de 19 ans (âge moyen) en cas de troubles du langage repérés à l'âge de 5 ans (12). De façon plus globale, la qualité de vie est altérée chez les enfants présentant un trouble spécifique sévère du langage (13).

Un repérage précoce des troubles est donc indispensable afin de mettre en place un soutien et une rééducation précoces.

### **3. Un enjeu de santé publique**

La fréquence relative des troubles du langage chez l'enfant et leurs conséquences en font un véritable enjeu de santé publique. Les troubles spécifiques du langage ont notamment fait l'objet d'un plan d'action interministériel 2001-2004 (14) faisant suite au rapport Ringard en 2000 (15) qui met en évidence 5 axes prioritaires, comportant chacun différentes actions à mettre en œuvre (Annexe 1) :

- 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.

De la même façon, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) a publié en 2001 des recommandations sur la place de l'orthophonie dans les troubles du langage oral chez l'enfant entre trois et six ans qui soulignent la nécessité d'explorer toute plainte concernant le langage et au-delà, d'effectuer un repérage et un dépistage de ces troubles, y compris en l'absence de plainte, et de les caractériser (16). Cet élément est repris en 2005 dans les recommandations pour la pratique clinique à l'attention notamment des médecins généralistes et pédiatres portant sur le dépistage individuel chez l'enfant (17).

### **4. Place des médecins : un rôle à différents niveaux**

Le repérage des troubles nécessite une connaissance minimale des différentes étapes de développement du langage mais également des signes devant alerter en cas de difficultés d'acquisition (Annexe 2). Il peut concerner de nombreux intervenants : les parents et l'entourage de l'enfant, les enseignants, mais également les professionnels de santé parmi lesquels les médecins qui sont des interlocuteurs privilégiés pour les familles.

Le dépistage, permettant de confirmer les troubles suspectés, est quant à lui réservé aux professionnels de santé. Tout comme le repérage, il peut impliquer la réalisation de tests. Différents outils validés de repérage ou de dépistage sont ainsi disponibles selon l'âge de l'enfant, et destinés aux médecins, parmi lesquels (14) :

- Des tests explorant exclusivement le langage oral : DPL 3 (Dépistage et Prévention Langage à trois ans) (Annexe 3), ERTL4 (Evaluation rapide des troubles du langage à quatre ans) (Annexe 4), ERTLA6 (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à six ans)
- Des tests explorant également d'autres fonctions : BREV (Batterie rapide d'Evaluation) et sa version enrichie : EDA (Evaluation des fonctions cognitives et Apprentissages).

La dernière étape avant prise en charge des troubles est le diagnostic qui peut être clairement établi après réalisation d'un bilan pouvant comporter des examens complémentaires ou faire appel à des avis spécialisés.

Les médecins généralistes et pédiatres libéraux, en tant qu'acteurs des soins primaires et premiers recours, tiennent donc une place primordiale dans la prise en charge des troubles du langage de l'enfant puisqu'à différents niveaux. L'accompagnement des familles fait également partie intégrante du travail des praticiens pour le suivi de ces enfants.

## **5. Contexte et objectifs de l'étude**

Une enquête proposée aux pédiatres français en 1996 par l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) a mis en évidence les obstacles rencontrés par les praticiens qui s'estimaient mal préparés pour prendre en charge les difficultés scolaires : 10% seulement d'entre eux avaient abordé ce thème au cours de leur formation initiale. Malgré cela, 94% d'entre eux exprimaient le souhait d'une formation complémentaire à ce sujet et 98% des pédiatres s'intéressaient au niveau scolaire des enfants qu'ils suivaient (18).

L'étude que nous avons menée s'est penchée plus précisément sur les troubles du langage chez l'enfant avec pour objectif d'effectuer un état des lieux de leur prise en charge en Maine-et-Loire et en Sarthe par les médecins se trouvant en première ligne auprès des enfants à savoir les médecins généralistes et pédiatres libéraux. Pour cela, nous avons étudié leurs connaissances théoriques sur le sujet, leur intérêt pour la problématique ainsi que leur attitude pratique (notamment via leur manière de conduire le bilan diagnostique). Pour chacun de ces items, nous avons également effectué une comparaison entre les médecins généralistes et les pédiatres.

## II. MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive menée par envoi d'un questionnaire écrit, auto-administré.

### 1. Matériel :

#### A. Population étudiée :

L'étude a été menée auprès de médecins exerçant une activité libérale auprès d'enfants à savoir les généralistes et les pédiatres.

La liste des généralistes et des pédiatres exerçant en Maine-et-Loire et en Sarthe a été obtenue grâce aux données disponibles sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins (19).

#### B. Critères d'exclusion :

Les médecins exerçant en CHU (Centre Hospitalier Universitaire) ou Centre Hospitalier de manière exclusive étaient exclus compte tenu de leur activité hospitalière et non libérale, de même que les praticiens exerçant dans les structures suivantes : maisons de retraite ou Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes, Etablissement Français du Sang, instituts de recherche (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), établissements de l'Assurance Maladie, organismes de protection complémentaire (mutuelles), établissements de rééducation et réadaptation fonctionnelle, structures médico-sociales telles que la Maison Départementale des Personnes Handicapées, service d'Inspection académique ou universités, ou encore cabinets d'Echographie.

Les généralistes pour lesquels une précision était apportée au sujet de leur activité suggérant une spécialisation étaient également exclus (allergologie, médecine du travail, médecine appliquée au sport, diplômes d'échographie ou encore d'angiologie).

## C. Sélection de la population :

Tous les pédiatres libéraux recensés par le Conseil de l'Ordre dans les deux régions ont été inclus. Ils exerçaient au Mans (en Sarthe) ou dans quatre villes du Maine-et Loire : Angers, Trélazé, Cholet ou Beaupréau.

La liste des généralistes respectant les critères d'exclusion exerçant dans ces cinq villes a été consignée avec attribution d'un numéro à chacun des médecins. Une sélection de ces médecins a été retenue pour l'envoi des questionnaires par génération de listes de nombres aléatoires. Deux fois plus de généralistes que de pédiatres ont été inclus avec une majoration de 30% de cet effectif afin d'anticiper un éventuel faible taux de réponse aux questionnaires.

Au total, selon les données disponibles du Conseil de l'Ordre, les questionnaires ont été envoyés en août 2014 à :

- 11 pédiatres et 29 médecins généralistes à Angers
- 7 pédiatres et 19 médecins généralistes à Trélazé
- 1 pédiatre et 3 médecins généralistes à Beaupréau
- 5 pédiatres et 13 médecins généralistes à Cholet
- 11 pédiatres et 29 médecins généralistes au Mans.

Les questionnaires ont donc été administrés à 35 pédiatres et 93 médecins généralistes, soit un total de 128 questionnaires.

## 2. Méthodes :

### A. Réalisation du questionnaire :

Conformément aux différents objectifs de l'étude, le questionnaire comportait différentes parties selon les thèmes des questions abordées :

- Données concernant les médecins interrogés : âge, sexe, type et lieu d'activité. L'identité du praticien n'était pas demandée
- Evaluation des connaissances des praticiens sur le sujet et leur ressenti face à la question des troubles du langage chez l'enfant

- Questions concernant la prise en charge des enfants : réalisation de tests adaptés, demande d'examens complémentaires...
- Questions concernant les formations réalisées ou souhaitées par les médecins.

Le questionnaire a été relu et corrigé par le Pr S. Nguyen, chef du service de Neurologie pédiatrique du CHU d'Angers au moment de sa rédaction.

## B. Envoi des questionnaires :

Chaque médecin interrogé a reçu à son cabinet, à partir d'août 2014, un courrier comprenant :

- Le questionnaire à remplir (Annexe 5)
- Une lettre d'accompagnement (Annexe 6)
- Une enveloppe timbrée dédiée au retour des questionnaires

## C. Analyse des réponses et des données :

Les analyses descriptives ont été présentées pour l'ensemble des données recueillies auprès des médecins généralistes et des pédiatres participant à l'étude. Les variables qualitatives ont été étudiées en matière de fréquence et de pourcentage selon les modalités du paramètre : ceux-ci ont été présentés en se basant sur le nombre de praticiens répondants.

Une description des caractéristiques des participants à l'étude et des réponses au questionnaire a été réalisée. Une comparaison à titre exploratoire entre les deux groupes de population de médecins participant à l'étude a été effectuée.

Les réponses des médecins généralistes et des pédiatres concernant les items suivants ont été comparées en utilisant le test de Chi-deux et le test exact de Fischer :

- la recherche de signes d'appel pour le dépistage des troubles du langage,
- la confrontation ou non aux troubles de langage,
- la connaissance ou non des tests de dépistage des troubles de langage,
- l'habitude de réalisation ou non des prescriptions de bilan orthophonique,

- la connaissance ou non de l'existence des centres régionaux de référence des troubles du langage,
- le souhait de recevoir ou non une formation complémentaire.

Un ajustement des réponses en fonction du sexe, de l'âge des praticiens et des diplômes ou formations complémentaires a été effectué à titre exploratoire à l'aide d'une analyse multivariée avec un modèle de régression logistique.

Tous les tests ont été bilatéraux et ont été effectués au seuil de 5%. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata 12.1 (Stata corporation, Texas).

### III. RESULTATS

#### 1. Description de la population étudiée

##### A. Réception des questionnaires

Soixante et un retours de questionnaires sont parvenus entre août et novembre 2014 dont 37 réponses émanant de médecins généralistes et 24 réponses de pédiatres. La répartition est détaillée dans le diagramme de flux (Figure 2).

Les taux de réponse aux questionnaires étaient :

- Taux de réponse global : 47,7%
- Taux de réponse chez les médecins généralistes : 39,8%
- Taux de réponse chez les pédiatres : 68,6%

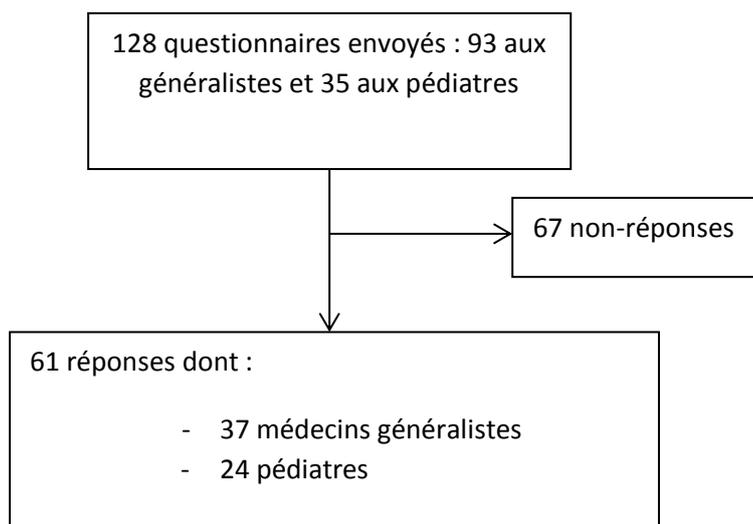


Figure 2 : Diagramme de flux

## B. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des patients interrogés ont été répertoriées dans le Tableau I.

Tableau I : Caractéristiques des 61 praticiens interrogés (37 médecins généralistes et 24 pédiatres)

		Médecins généralistes n (%)	Pédiatres n (%)
Age des praticiens (années)	<44	10 (27)	7 (29,2)
	45-59	15 (40,5)	6 (25)
	> 60	12 (32,4)	11 (45,8)
Sexe	Homme	23 (62,2)	11 (45,8)
	Femme	14 (37,8)	13 (54,2)
Ville d'exercice	Angers	10	10
	Trélazé	6	6
	Cholet	6	2
	Beaupreau	2	1
	Le Mans	12	4
	Sans réponse	1	1
Diplômes/formations complémentaires		10 (27)	8 (33,3)
	Sans réponse	27	16
Type d'activité associée au libéral	Hospitalière	2 (5,6)	8 (33,3)
	Gardes hospitalières	0	2 (8,3)
	Autre	9 (25)	10 (41,7)
Durée exercice libéral (années)	< 5	5 (13,5)	4 (16,7)
	5-10	3 (8,1)	3 (12,5)
	>10	29 (78,4)	17 (70,8)

Parmi les praticiens ayant répondu aux questionnaires, plus des 2/3 étaient âgés de plus de 45 ans (70,8% des pédiatres et 72,9% des médecins généralistes). D'autre part, les femmes représentaient 37,8% des médecins généralistes répondants et 54,2% des pédiatres.

Les médecins pouvaient être titulaires de diplômes ou formations complémentaires :

- « médecine du sport », « médecine aéronautique », « médecine des voyages », « capacité de gériatrie », « expertise médicale », « addictologie », « périnatalité », « nutrition », « médecine humanitaire et tropicale », « médecine d'urgence », « gynécologie-obstétrique », « homéopathie », « ostéopathie » ou encore « psychothérapie » pour les médecins généralistes

- « néonatalogie », « endocrinologie pédiatrique », « cardiologie pédiatrique », « neurologie pédiatrique », « allergologie », « licence de psychologie » ou encore « santé de l'adolescent » pour les pédiatres.

Les taux de réponse étaient variables selon les villes : Angers (34,5% et 91%), Trélazé (31,6%, 85,7%), Cholet (46,2% et 40%), Beaupreau (66,7% et 100%) et Le Mans (41,4% et 36,4%) respectivement chez les généralistes et les pédiatres. Les taux de réponse globaux par ville étaient respectivement : 50%, 46%, 44%, 75% et 40%. L'information concernant la ville d'exercice était manquante pour deux praticiens.

Plus des 2/3 des praticiens pratiquaient un exercice libéral depuis plus de dix ans (78,4% des généralistes et 70,8% des pédiatres). Cet exercice n'était pas forcément exclusif avec possibilité d'activité complémentaire hospitalière avec réalisation ou non de gardes hospitalières ou encore exercée dans différentes structures : « régulation au Service d'Aide Médicale d'Urgence », « médecin de crèche », « médecin en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », exercice en « centre de planification », en « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », « en foyer de l'enfance » ou « activité universitaire » pour les généralistes ; « médecin au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) », « en Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile », « Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique », « en crèche », « en clinique privée », « en Centre Médico-Psycho-Pédagogique » ou encore « Institut Médico-Educatif » pour les pédiatres.

La proportion moyenne d'enfants dans la patientèle des 34 généralistes ayant répondu à cette question était de 22,7%. La répartition selon les âges a montré qu'environ la moitié des enfants vus par les pédiatres libéraux (22 répondants) avaient moins de deux ans (50,3%), 25,2% entre deux et cinq ans et un peu moins d'un quart avaient plus de cinq ans (24,5% soit 15,4% d'enfants entre cinq et dix ans et 9,1% de plus de dix ans) tandis que les enfants pris en charge par les 26 médecins généralistes répondants se répartissaient de la façon suivante : 20,3% d'enfants âgés de moins de deux ans, 24,4% entre deux et cinq ans, 25,2% entre cinq et dix ans et 30,1% au-delà de dix ans.

### C. Etude de la représentativité de l'échantillon

Trente-sept médecins généralistes ont participé à l'étude par retour de questionnaire parmi lesquels 62,2% d'hommes. En 2013, selon l'Ordre National des Médecins, 66% du total des médecins généralistes libéraux ou à exercice mixte en région Pays de Loire étaient des hommes et 34% des femmes (20). De même, 27% d'entre eux étaient titulaires d'un diplôme ou d'une formation complémentaire, ce qui se rapproche sensiblement du taux régional (26,8% en 2014) (21). Concernant l'âge des praticiens, 32,4% des généralistes répondants étaient âgés de plus de 60 ans, 40,5% de 45 à 59 ans et 27% de moins de 45 ans, tandis que la répartition régionale fait état des taux suivants, respectivement : 26,6%, 51,4% et 21,9% (20). Parmi les 24 pédiatres ayant participé, 54,2% étaient des femmes ce qui est concordant avec le sex ratio à l'échelle départementale (Maine-et-Loire et Sarthe) qui est équilibré (22). Concernant l'âge, les pédiatres interrogés étaient âgés de plus de 60 ans pour 45,8% d'entre eux, de 45 à 59 ans pour 25% et de moins de 45 ans pour 29,2% contre respectivement 32,2%, 48,2% et 19,5% à l'échelle régionale (20).

Concernant la représentativité, il n'y a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre l'échantillon étudié et les données en Pays de Loire en matière de sexe et de diplômes complémentaires. L'analyse selon le sexe n'a été effectuée que pour les médecins généralistes, en l'absence de données chiffrées concernant les pédiatres.

Par contre, concernant l'âge, la répartition des classes d'âge étudiée était différente par rapport aux données issues du Pays de la Loire. Néanmoins, il n'y avait pas de différence entre les réponses des deux groupes de participants en prenant en compte dans l'analyse la variable classe d'âge.

## 2. Les troubles du langage en théorie : connaissances des praticiens

### A. Les étapes de développement du langage et signes d'appel

Tableau II : Connaissances théoriques des 61 praticiens répondants à propos du langage chez l'enfant

	Médecins généralistes n (%)	Pédiatres n (%)
<b>Concernant les étapes de développement du langage chez l'enfant, vous vous sentez :</b>		
Tout à fait ou plutôt à l'aise	13 (35,1)	22 (91,7)
Peu ou pas du tout à l'aise	24 (64,9)	2 (8,3)
<b>Concernant la connaissance des signes d'appel de troubles du langage chez l'enfant, vous vous sentez :</b>		
Tout à fait ou plutôt à l'aise	14 (37,8)	23 (95,8)
Peu ou pas du tout à l'aise	23 (62,2)	1 (4,2)

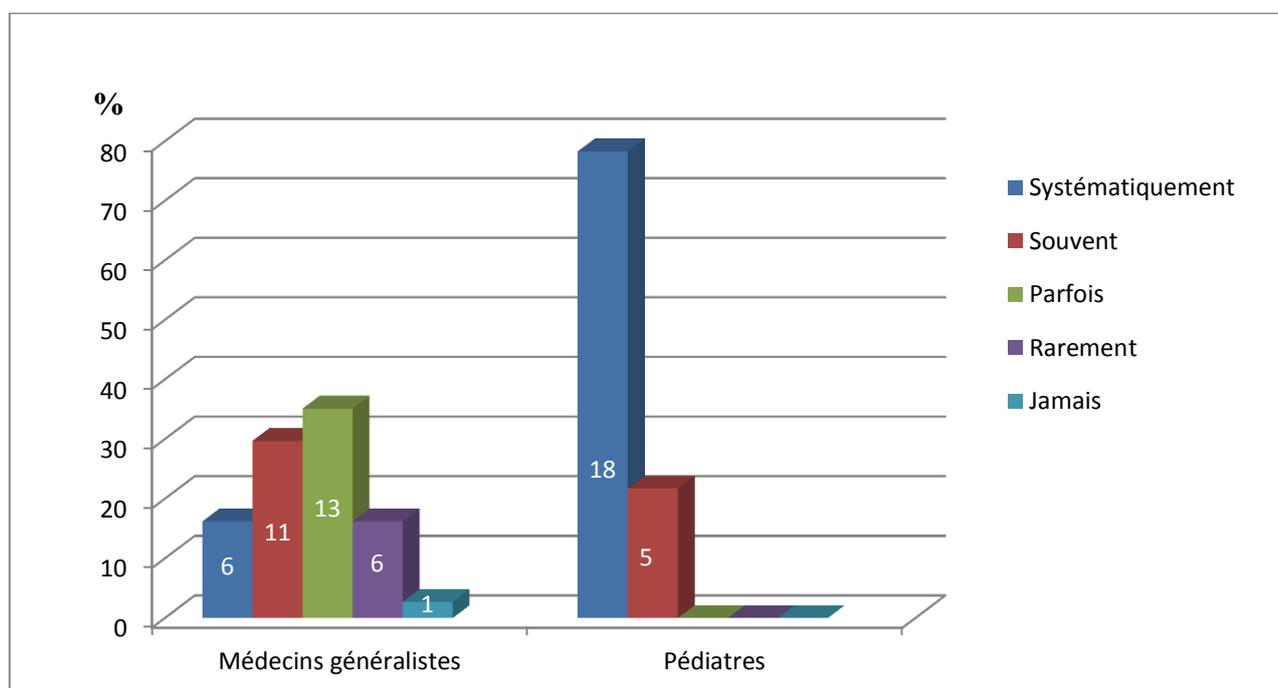


Figure 3 : Dépistage des troubles du langage par les 60 praticiens répondants

Le taux de médecins généralistes répondants ne s'estimant peu ou pas à l'aise en ce qui concerne la connaissance des étapes de développement du langage ou des signes d'appel de troubles atteignait quasiment les 2/3, contrastant avec une grande majorité de pédiatres qui ont exprimé l'inverse

(Tableau II). Ces résultats étaient tout aussi contrastés lorsqu'il s'agissait de rechercher ces signes d'appel (ce qui était effectué systématiquement ou souvent par 100% des pédiatres répondants et 45,9% des généralistes) avec une différence statistiquement significative entre les deux spécialités ( $p < 0,001$ ) (Figure 3).

## B. En consultation : les praticiens face aux troubles du langage

Les difficultés scolaires semblaient être au cœur des préoccupations des praticiens, quelle que soit leur spécialité, qui les recherchaient en grande majorité au moins annuellement (à savoir 83,8% des 37 généralistes et 100% des 23 pédiatres répondants).

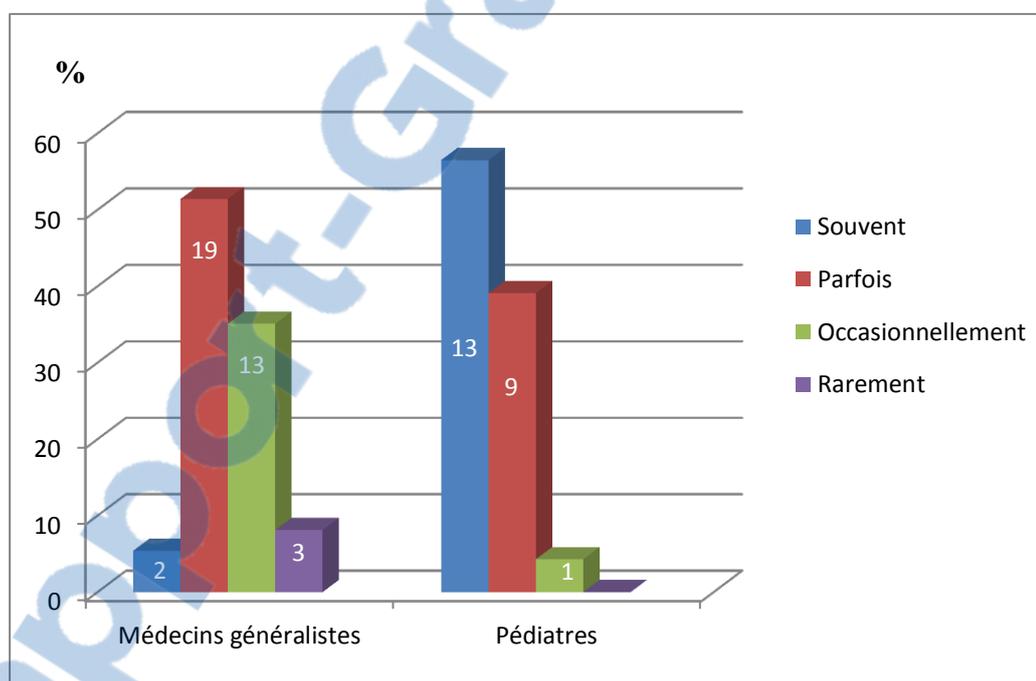


Figure 4 : Troubles du langage chez l'enfant : expression de la plainte parentale auprès des 60 médecins répondants

Concernant plus précisément les troubles du langage, les pédiatres étaient plus régulièrement confrontés à une plainte émanant des parents à ce sujet que les généralistes ( $p < 0,001$ ) (Figure 4). Un médecin généraliste précisait également qu'il s'agissait d'une « demande fréquente de l'institutrice ».

### 3. Du dépistage à la prise en charge des troubles

#### A. L'utilisation des tests de repérage et de dépistage

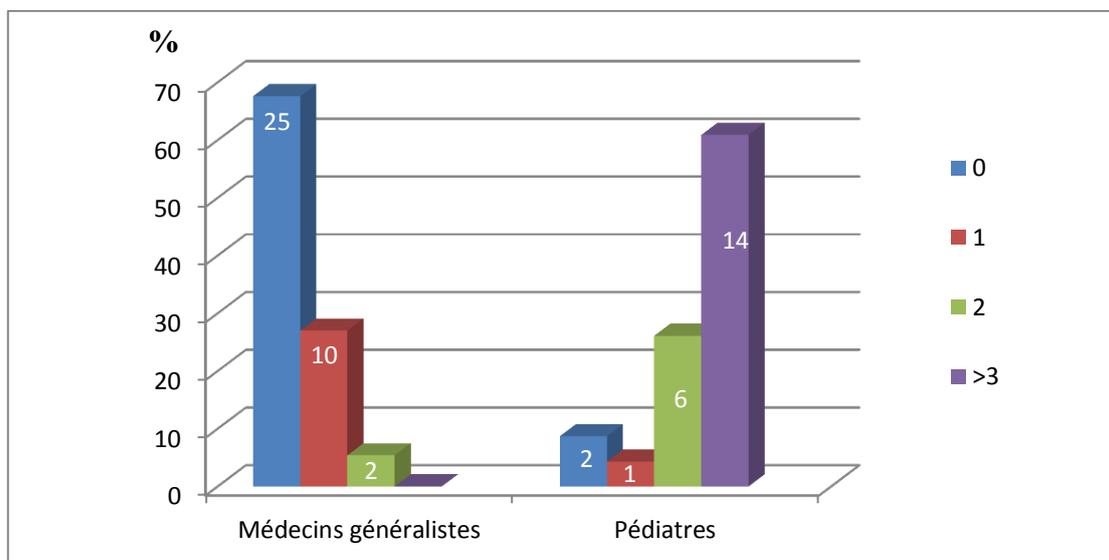


Figure 5 : Nombre de tests de repérage et dépistage de troubles du langage connus par les 60 praticiens répondants

Les pédiatres connaissaient au moins 3 tests de repérage ou dépistage des troubles du langage pour 60,9% d'entre eux alors que 67,6% des généralistes n'en connaissaient aucun (Figure 5). La différence de connaissance des tests mise en évidence entre les deux spécialités en faveur des pédiatres était statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

Les tests de repérage ou dépistage des troubles ne sont pas utilisés par les médecins généralistes en pratique courante, ou rarement, à l'inverse des pédiatres. Parmi les 12 généralistes connaissant des tests, 41,7% ont déclaré les utiliser souvent ou parfois et 58,3% rarement ou jamais alors que ces proportions étaient respectivement de 90,5% et 9,5% chez les 21 pédiatres concernés. Un des médecins généralistes interrogé signalait que la spécialité de « médecine générale est peu compatible » avec leur utilisation (cet élément a été repris par un pédiatre déclarant que ces tests ne sont « pas utilisés en pratique libérale »), précisant qu'il existait un « manque de formation ». Un de ses confrères signalait n'avoir « jamais utilisé » le test qu'il s'était procuré car sa réalisation n'était « pas adaptée au temps de consultation ». Un dernier, n'utilisant pas de tests, expliquait faire appel au simple « dialogue avec parents et enfants » pour réaliser ce dépistage.

Les données concernant les tests dont disposaient les praticiens au cabinet ont été regroupées dans le Tableau III (29 praticiens répondants).

Tableau III : Tests de repérage et dépistage des troubles du langage à disposition au cabinet des 29 médecins répondants (\*plusieurs réponses possibles)

	Médecins généralistes n (%)	Pédiatres n (%)
<b>Quels tests avez-vous à disposition à votre cabinet ? *</b>		
DPL3	5 (62,5)	2 (9,5)
ERTL4	2 (25)	21 (100)
ERTLA6	0	9 (42,9)
BREV	1 (12,5)	19 (90,5)
EDA	0	9 (42,9)
Sans réponse	4	0

## B. L'organisation du bilan et le recours à d'autres professionnels de santé

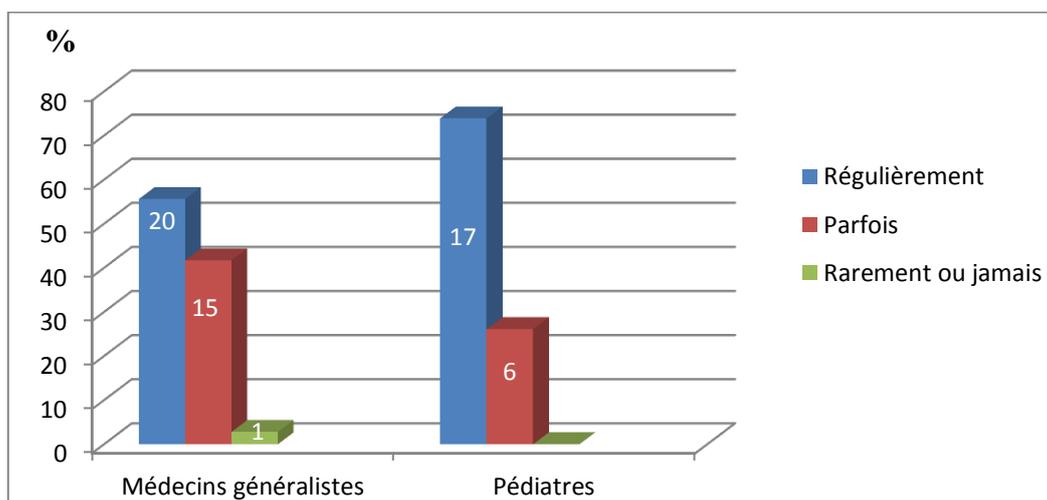


Figure 6 : Habitudes de prescription de bilan orthophonique par les 59 praticiens répondants

La prescription de bilan orthophonique semblait être familière aux praticiens des deux spécialités interrogées, la différence retrouvée n'étant pas significative ( $p=0,32$ ) (Figure 6).



Tableau IV : Réalisation du bilan diagnostique des troubles du langage chez l'enfant par les praticiens (\*plusieurs réponses possibles)

		Médecins généralistes	Pédiatres
		n (%)	n (%)
<b>En cas de suspicion de troubles du langage, à quels professionnels de santé faites-vous appel en première intention ? *</b>			
	Neuropédiatre	12 (36,4)	11 (55)
	Psychomotricien(ne)	3 (9,1)	2 (10)
	Oto-rhino-laryngologiste (ORL)	25 (75,8)	16 (80)
	Généticien	0	1 (5)
	Pédopsychiatre	5 (15,2)	1 (5)
	Psychologue	5 (15,2)	0
	<i>Nombre de répondants</i>	33	20
<b>Demandez-vous des examens complémentaires ?</b>			
	Systématiquement ou souvent	5 (13,9)	7 (30,4)
	Parfois	11 (30,6)	7 (30,4)
	Rarement	8 (22,2)	4 (17,4)
	Jamais	12 (33,3)	5 (21,7)
	<i>Nombre de répondants</i>	36	23
<b>Si oui, lesquels ? *</b>			
	Bilan neuropsychologique	12 (50)	9 (50)
	Imagerie cérébrale	0	5 (27,8)
	Electroencéphalogramme	1 (4,2)	2 (11,1)
	Sans ou autre réponse	12	9
	<i>Nombre de prescripteurs</i>	24	18

A l'étape diagnostique, lorsqu'un bilan complémentaire était entrepris, les praticiens faisaient globalement appel en premier lieu aux ORL et aux neuropédiatres (Tableau IV). Neuf médecins généralistes (27,2%) adressaient en première intention leurs jeunes patients à un pédopsychiatre et/ou psychologue, parmi lesquels un praticien mentionnant en fin de questionnaire que « les troubles du langage étaient le signe de quelque chose à guérir dans la famille ». En cas de réponse libre ajoutée (« autre réponse »), six médecins généralistes et deux pédiatres mentionnaient le recours à un orthophoniste en tout premier lieu et un médecin généraliste déclarait faire appel au pédiatre.

En dehors des avis spécialisés, le recours à des examens complémentaires semblait loin d'être systématique avec des prescriptions rares ou absentes pour 55,5% des généralistes et 39,1% des pédiatres. Quatre pédiatres et un généraliste précisaient notamment en réponse libre que cette décision était dépendante du contexte. D'autre part, quatre généralistes et sept pédiatres apportaient en tant qu' « autre réponse » le recours à un examen auditif.

De manière générale, le recours majoritaire à l'orthophoniste et à un examen auditif a été synthétisé par un commentaire libre d'un médecin généraliste : « pour la plupart des généralistes, le dépistage se résume à l'ordonnance de bilan orthophonique et avis ORL ».

## C. Les praticiens et les centres régionaux de référence du langage

La connaissance de l'existence de Centres de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLTA) n'était pas unanime, notamment chez les généralistes, puisqu'elle concernait 18,9% seulement de ces derniers (7/37) contre 83,3% des pédiatres (20/24) ( $p < 0,001$ ).

Parmi les praticiens connaissant ces centres, 57,1% des généralistes et 75% des pédiatres déclaraient y avoir déjà adressé un enfant dont trois qui déploraient, en commentaire libre, la « longueur des délais d'attente ».

### 4. Un souhait de formation complémentaire ?

L'absence de formation abordant le thème des troubles du langage chez l'enfant antérieurement suivie par les médecins concernait 27,2% des pédiatres répondants (6/22) et 94,6% (35/37) des généralistes. Les médecins généralistes en ayant déjà bénéficié précisaient que ceci avait eu lieu dans le cadre de la « Formation Médicale Continue (FMC) » ou de « séminaires ». Les pédiatres ont cité quant à eux des formations dans le cadre du « Réseau Grandir Ensemble » (pour dix d'entre eux), de l'« Association Française de Pédiatrie Ambulatoire », de « réseaux troubles des apprentissages » ou directement via les CRTLTA.

Les praticiens s'exprimaient cependant majoritairement en faveur d'un souhait de formation complémentaire (64,9% des 37 généralistes et 54,5% des 22 pédiatres répondants [ $p = 0,17$ ]). Parmi ceux qui n'en exprimaient pas le besoin : deux le justifiaient par un arrêt prochain d'activité (retraite) et deux précisaient qu'ils en suivaient déjà régulièrement.

L'intérêt des praticiens pour cette problématique était cependant également appuyé par plusieurs commentaires libres de praticiens en fin de questionnaire : « tout reste à faire », « s'informer est toujours utile », « il y a toujours à apprendre », « merci de faire un état des lieux », « sur le principe, c'est essentiel ».

## **5. Ajustement des résultats**

Un ajustement des réponses des participants en fonction du sexe, de l'âge des praticiens et des diplômes ou formations complémentaires effectuées a été réalisé à titre exploratoire. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les réponses des pédiatres et des médecins généralistes en fonction du sexe, de l'âge des praticiens et des diplômes ou formations complémentaires réalisées.

## IV. DISCUSSION

### 1. Forces et limites de l'étude

#### A. Forces de notre travail

##### 1) Respect des objectifs

Compte tenu de la fréquence des troubles et de leur impact, la réalisation d'un état des lieux des pratiques des médecins actifs au plus près de la population pédiatrique semblait importante. Il était également intéressant de mener cette évaluation alors que la prise en charge des troubles du langage, et des apprentissages en général, semble être au cœur des préoccupations des pouvoirs publics.

Ceci a pu être fait sur une population variée (s'étendant sur deux départements des Pays de Loire) regroupant à la fois des généralistes et des pédiatres (deux spécialités prenant en charge des enfants dans le suivi de leur développement) et expérimentée.

L'analyse des pratiques des médecins a été réalisée à différents niveaux : connaissances théoriques préalables, sensibilisation à la problématique, organisation du dépistage et conduite de la prise en charge diagnostique. De plus, nous avons également pu effectuer une comparaison des pratiques entre les deux spécialités.

Des éléments portant sur le ressenti des praticiens ont pu être relevés notamment concernant leurs connaissances théoriques par le biais de certaines réponses aux questions mais également par les commentaires libres ajoutés par les médecins interrogés. Nous émettons ainsi le souhait d'avoir, grâce à la proposition de participation à l'étude et aux questions posées, pu susciter chez les médecins un intérêt supplémentaire pour le sujet et éventuellement une remise en questions des pratiques de chacun.

## 2) Population étudiée : caractéristiques et représentativité de l'échantillon

Nous avons montré que notre échantillon était représentatif des praticiens des Pays de Loire en matière de sexe et de diplômes complémentaires, ce qui n'était pas le cas pour l'âge.

L'analyse des réponses reçues montre également que les 5 villes ciblées sont représentées avec des taux de réponse globaux par ville variant de 40 à 75%.

De façon plus globale, l'analyse de l'échantillon met en évidence l'expérience des médecins interrogés qui pratiquent leur exercice libéral depuis plus de dix ans pour une très grande majorité (78,4% des généralistes et 70,8% des pédiatres). Plus précisément sur le plan pédiatrique, la proportion d'enfants dans la patientèle des généralistes est d'environ un quart (22,7%), soulignant de même leur expérience concernant cette population cible.

L'âge de la patientèle pédiatrique des médecins met également en lumière, par sa variété, le fait que ceux-ci soient concernés par ce thème des troubles de l'évolution du langage chez l'enfant qui peuvent toucher l'enfant à tout âge. De plus, la grande majorité des tests se pratique à partir de l'âge trois ans alors que la population âgée de plus de deux ans représente la moitié de la patientèle des pédiatres interrogés et plus des trois quarts chez les généralistes [dont 55,3% de plus de cinq ans], et donc des enfants pour la plupart d'âge scolaire. Ce dernier élément souligne que les troubles du langage ne concernent pas uniquement la patientèle des pédiatres.

### B. Les limites de l'étude

Les limites de ce travail sont principalement liées à la méthode utilisée. Sa réalisation à l'aide d'un questionnaire auto-administré engendre en effet plusieurs inconvénients et biais parmi lesquels le taux de réponse plus faible que pour d'autres modes de recueil, notamment chez les médecins généralistes, ce qui pourrait éventuellement témoigner d'un intérêt moindre de ces derniers pour la problématique étudiée et constituer un biais de sélection. De même, la population étudiée est calquée sur les villes d'installation des pédiatres et donc essentiellement urbaine, compromettant ainsi la validité externe. Cette méthode a cependant été choisie en raison de sa plus grande simplicité et plus grande adaptabilité à l'exercice des praticiens, non soumis aux contraintes d'un entretien direct ou par téléphone.

D'autre part, il existe un biais de déclaration lié à l'apparente difficulté de compréhension de certaines questions : les médecins interrogés ont été nombreux, via des commentaires libres, à mentionner l'orthophoniste, pourtant déjà évoqué lors d'une précédente question, comme professionnel de santé de premier recours, qui est en effet très largement sollicité à différents stades de prise en charge (et notamment à un stade précoce pour aider à l'évaluation) et dont l'intervention est capitale. Il en est de même pour l'examen auditif qui a été largement mentionné comme examen complémentaire préconisé par les médecins, en dehors des items proposés, ce qui montre une fois encore que les praticiens ont intégré la place essentielle de ces deux temps de la prise en charge. De la même façon, certaines réponses ont pu manquer de précision, étant le fruit d'approximations (comme notamment les proportions d'enfants suivis selon l'âge).

## **2. Des connaissances variables mais un intérêt certain pour le langage de l'enfant**

### **A. Les troubles du langage en théorie : des connaissances parfois manquantes**

Les différentes étapes de l'évolution du langage chez l'enfant semblent variablement connues par les praticiens, notamment selon leur spécialité : 91,7% des pédiatres estiment être tout à fait ou plutôt à l'aise face à la connaissance de ces étapes quand 64,9% des médecins généralistes déclarent se sentir peu ou pas du tout à l'aise. Ce même constat est fait en ce qui concerne les sentiments exprimés face à la connaissance des signes d'appel de troubles du langage chez l'enfant. Cette différence pourrait être expliquée par les formations différentes des médecins selon leur spécialisation avec un thème qui serait un peu mieux abordé dans le cursus de pédiatrie. Pour compenser cela, de nombreuses ressources sont disponibles afin d'apporter des bases ou de compléter une formation initiale par exemple par le biais de la FMC, obligatoire pour les praticiens (23) ou encore différents supports dédiés parmi lesquels le guide pratique « Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant » de la Société Française de Pédiatrie [avec le soutien de la Direction Générale de la Santé] en 2007 (1). Cependant, les sollicitations multiples des généralistes et la grande variété des thèmes de formations les concernant (ne se limitant pas à la population pédiatrique) peuvent être un frein.

Une nouvelle différence est notée en s'intéressant aux signes d'appel des troubles du langage qui sont recherchés systématiquement par 78,3% des pédiatres et 16,2% des généralistes, ce qui pourrait être la conséquence directe du manque de maîtrise de ce sujet éprouvé par ces derniers.

S. Amiard, dans son travail de thèse de médecine en 2009, s'est également penchée sur la prise en charge des troubles des apprentissages par les médecins (généralistes, pédiatres libéraux, médecins scolaires et médecins en Centre Médico-Psychologique) du bassin chambérien et a pu mettre en évidence que 80% des praticiens se sentaient en difficulté face aux troubles spécifiques des apprentissages, l'expliquant en premier lieu par un manque de connaissances (24).

Les carnets de santé peuvent, dans ce contexte, constituer un support simple et précieux dans ce domaine grâce aux informations à recueillir auprès des parents qui se rapportent au langage (25) ; une étude française menée auprès de médecins généralistes et pédiatres libéraux rapporte notamment que 71,1% et 78,1% d'entre eux respectivement trouvent utiles les questions concernant les troubles de la communication intégrées au nouveau carnet de santé en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 (26). La présence de certains items spécifiques à renseigner dans le carnet de santé peut en effet inciter les praticiens à effectuer plus particulièrement un dépistage, comme cela a pu être mis en évidence avec le calcul de l'indice de masse corporelle chez les enfants (26).

## B. Un intérêt partagé par les familles et les professionnels de santé

La majorité des pédiatres (56,5%) déclarent être souvent confrontés à l'expression d'une plainte parentale concernant une inquiétude sur un éventuel trouble du langage chez leur enfant et 51,4% des généralistes estiment l'être parfois. Ces résultats soulignent, d'une part, le rôle des parents dans le repérage des troubles du langage et d'autre part, le rôle d'interlocuteur privilégié des médecins amenés à recevoir des enfants en consultation, en premier recours. Les parents sont en effet au premier plan afin d'alerter sur des difficultés éventuelles, et Callu et al ont montré en 2003 la pertinence de leur repérage : l'avis des parents était corrélé aux résultats de leurs enfants à différents tests de référence (ERTL4, BREV et BSEDS [Bilan de Santé – Evaluation du Développement pour la Scolarité]) particulièrement pour les épreuves d'expression orale (27).

Pour les praticiens, bien que la recherche spécifique de signes d'appel des troubles du langage ne soit pas systématique, 83,8% des généralistes et 100% des pédiatres interrogent les familles au moins une fois par an sur les éventuelles difficultés scolaires de leurs enfants : cette recherche pourrait donc

constituer une porte d'entrée pour la mise en évidence de troubles du langage en cas de difficultés scolaires retrouvées qui nécessiteraient alors des investigations.

### **3. La confirmation des troubles et ses obstacles**

Le repérage et dépistage des troubles nécessitent des outils dédiés, validés : différents tests, selon l'âge de l'enfant, existent afin de confirmer la présence de difficultés. Ceux-ci sont bien connus des pédiatres qui les utilisent en routine au cabinet. Chez les généralistes, cette pratique est nettement moins courante car, parmi les médecins qui en connaissent au moins un, 58,3% y ont peu recours en consultation. Ceci peut en effet s'expliquer par différents facteurs, jugés comme étant des obstacles à la réalisation des tests en consultation :

- Durée de passation du test (1) mise en lien avec l'absence de valorisation des consultations longues : certains tests nécessitent entre 20 (comme l'ERTLA6) et 30 à 45 min (comme la BREV et l'EDA, ces deux derniers explorant également d'autres fonctions mais il est également tout à fait possible de se limiter à certains items), imposant alors un temps de consultation dédié uniquement à la réalisation du test. A l'inverse, d'autres peuvent tout à fait s'intégrer à une consultation classique dont la durée moyenne en médecine générale est de 18 min (28) : c'est notamment le cas du DPL3 et de l'ERTL4 qui peuvent être effectués en moins de 10 minutes. Ces deux tests sont d'ailleurs les plus représentés parmi les tests dont disposent les médecins généralistes au cabinet.
- Nécessité d'une formation pour maîtriser l'outil : ce qui n'est pas le cas de tous les tests (comme les DPL3, ERTL4 et ERTLA6 pour lesquels passation et cotation sont aisément réalisables sans formation au préalable)
- Coût du support : il peut en effet représenter un certain investissement au départ mais la réalisation de certaines épreuves en routine et en dehors de toute plainte pourrait permettre de compenser cet aspect.

#### **4. Etablir le diagnostic : un bilan orienté par la clinique**

##### **A. Le bilan orthophonique : un premier temps capital pour évaluer les compétences langagières**

L'orthophonie paraît incontournable dans la caractérisation, l'évaluation de la sévérité et dans un second temps, la prise en charge des troubles du langage oral et écrit chez l'enfant. Concernant le langage oral et selon les recommandations de l'ANAES, un bilan orthophonique est indiqué (16) en cas de troubles sévères entre trois et quatre ans : troubles de la compréhension, absence de langage intelligible par l'entourage ou de structure grammaticale. Au-delà de quatre ans, sa réalisation est envisagée également en cas de troubles moins sévères afin d'évaluer l'expression et la compréhension de l'enfant. Les troubles phonologiques isolés peuvent bénéficier d'une simple surveillance avant l'âge de cinq ans : le bilan est alors réalisé au-delà de cet âge. Concernant le langage écrit, le bilan orthophonique est indiqué dès la suspicion d'un trouble spécifique du langage écrit. Selon l'âge de l'enfant, il consiste en un bilan de la pathologie du langage ou un examen d'aptitude à l'acquisition du langage (29).

La réalisation d'un bilan orthophonique, mais également la rééducation orthophonique le cas échéant, nécessitent une prescription médicale. Ceci implique que les praticiens maîtrisent cette prescription, ce qui est le cas de notre échantillon, quelle que soit leur spécialité.

##### **B. Des ressources multiples**

Après confirmation de l'existence d'un trouble, et dans le but de guider la prise en charge thérapeutique, il est nécessaire de déterminer le type de trouble que présente l'enfant. En particulier en cas de suspicion de troubles secondaires, le bilan orthophonique doit être complété par des examens complémentaires ou des avis spécialisés.

Ecarter un trouble auditif est primordial avant d'envisager une prise en charge active des troubles et peut nécessiter la réalisation d'examens : cet élément semble particulièrement bien pris en compte par les praticiens, généralistes et pédiatres qui font facilement appel aux ORL et à la réalisation d'un bilan de l'audition en cas de doute. Le recours à un avis neuropédiatrique est également avancé par plus d'un tiers des généralistes et plus de la moitié des pédiatres, ceci pourrait être à rapprocher des

examens complémentaires auxquels les médecins font appel. En effet, la plupart des médecins prenant avis auprès des neuropédiatres déclarent également avoir recours au bilan neuropsychologique ; or, ce dernier est souvent réalisé en milieu hospitalier (sa réalisation en libéral étant à la charge des familles) et ne se pratique, au CHU d'Angers, qu'après avis neuropédiatrique.

De manière générale, les praticiens déclarent avoir peu recours à des examens complémentaires et insistent notamment, par des commentaires libres, sur la variabilité du bilan prescrit ou non, selon le contexte clinique. Ceci est parfaitement en adéquation avec les recommandations (16) selon lesquelles, par exemple, un avis neuropédiatrique doit être demandé en cas d'anomalies retrouvées lors de l'examen clinique neurologique, d'antécédents évocateurs ou encore de trouble sévère de la compréhension qui doit faire réaliser un EEG (électroencéphalogramme) de sommeil dans l'hypothèse d'un syndrome de Landau-Kleffner (30).

D'autre part, plusieurs médecins généralistes font appel aux pédopsychiatres ou psychologues en première intention. Ces derniers peuvent en effet intervenir à l'étape diagnostique en cas de suspicion de troubles envahissants du développement ou de troubles psychoaffectifs pouvant être à l'origine des troubles du langage ou encore s'y associer. Cet aspect global de la prise en charge émanant des généralistes met en évidence leur rôle privilégié de « médecins de famille » qui, de par la possibilité de suivre plusieurs membres de la famille, peuvent avoir une vision plus complète de l'enfant au sein de son environnement et des éventuelles difficultés relationnelles intra-familiales. De plus, les troubles du langage et les troubles psychopathologiques sont souvent intriqués comme le montrent les travaux de Cantwell et Baker en 1991 (31) et Cohen et al. en 1993 (32) avec des comorbidités évaluées respectivement à 50% et 53%.

## **5. Les centres régionaux de référence du langage : des structures dédiées**

Leur création faisait partie des objectifs fixés par le plan Ringard en 2001 (15) et fait suite à la circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) N°2001-209 du 4 mai 2001 (33). Leurs missions sont multiples : apporter une expertise diagnostique, favoriser la coordination des soins et développer la formation et la recherche dans ce domaine (34). Ils sont sous la responsabilité de médecins spécialistes en neuropédiatrie, pédopsychiatrie ou encore médecine physique et réadaptation intégrés à une équipe pluridisciplinaire (orthophonistes, psychologues ou encore psychomotriciens...).

Ils se répartissent sur le territoire français à raison d'environ un centre par région (Figure 9)



Figure 7 : Localisation des Centres de Références des Troubles du Langage et des Apprentissages chez l'enfant en France (35)

Le plan Ringard prévoyait que chaque médecin puisse être en mesure d'orienter un enfant vers l'un de ces centres en cas de nécessité or la connaissance de ces structures, plus de dix ans après leur création, n'est pas généralisée. D'autre part, compte tenu du délai moyen d'attente avant prise en charge pour les familles (supérieur à un an (36), soit nettement supérieur au délai inférieur à deux mois prévu initialement dans rapport Ringard (15)), seules les situations les plus sévères ou complexes peuvent bénéficier de cette expertise, ce qui impose donc une fois encore que les médecins de premier recours, dont les médecins généralistes et pédiatres, soient en mesure d'assurer la prise en charge lorsque le recours aux centres de référence n'est pas possible.

## **6. Une volonté constante de se former**

En dépit des difficultés exprimées par les médecins, notamment concernant leurs connaissances sur les troubles de l'évolution du langage de l'enfant, et malgré le fait qu'une grande majorité de pédiatres aient déjà suivi une formation sur le sujet, le souhait de recevoir une formation complémentaire est partagé par plus de la moitié des praticiens. Cette préoccupation rejoint celle des pouvoirs publics, conscients de l'insuffisance de formation initiale des médecins, qu'ils soient spécialistes en médecine générale ou en pédiatrie, qui proposent de renforcer cette formation, à la fois théorique et pratique, dès le second cycle des études médicales (d'après la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant en 2013) (37). Le rôle de la FMC est également souligné. Son impact est notamment lié à la méthode utilisée (diffusion de documents, programme de formation à interventions unique ou multiples...) (38). I Adamowicz a étudié dans son travail de thèse de médecine en 2013 l'impact d'une formation à l'ERTLA suivie par les médecins généralistes sur leurs pratiques et a mis en évidence une modification de leur « regard sur les troubles des apprentissages et les relations avec le réseau de prise en charge » pour 88% d'entre eux après formation (39).

La régularité de participation aux formations apparaît cependant indispensable afin d'en conserver les bénéfices de manière durable comme le notent Rutz et al. qui ont mesuré les conséquences d'un programme de formation suédois destiné aux généralistes portant sur la prise en charge des troubles dépressifs et ont pu montrer que, si les effets étaient notables à six et dix-huit mois de la formation concernant les nombres de consultations en unité psychiatrique, prescriptions de psychotropes ou encore taux de suicide, ceux-ci tendaient à disparaître trois ans après la fin du projet (40).

## **7. Une alternative proposée pour améliorer la prise en charge : le travail en réseau**

Face aux problèmes d'accessibilité des CRTLA et compte tenu des difficultés éprouvées par certains praticiens de premier recours pour prendre en charge les enfants présentant des troubles du langage, la création d'un relais de niveau intermédiaire a été proposée afin de désengorger les centres de référence, de soutenir les médecins de premier niveau grâce à l'expertise apportée ou encore d'établir un projet de soins (37). Ces regroupements doivent s'organiser autour de professionnels de santé

« considérés comme des personnes ressources » (37) réunis au sein de structures nouvelles ou existantes adaptées : c'est l'exemple de consultations spécialisées en milieu hospitalier, de réseaux de santé, des CAMSP... En région Pays de Loire, il existe par exemple le réseau « DYS Pays de Loire ».

D'autre part, les médecins de premier recours, généralistes et pédiatres, peuvent s'appuyer sur d'autres équipes telles que les structures de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou encore les professionnels du milieu scolaire (infirmiers ou médecins scolaires) qui peuvent jouer un rôle notamment au niveau du repérage. Le code de l'éducation, par l'article L541-1, prévoit par exemple une visite au cours de la sixième année de l'enfant incluant un dépistage des troubles spécifiques du langage (41).

Cependant, ces actions ne sauraient se suffire à elles-mêmes et ne dispensent pas le médecin de premier recours, qui assure le suivi régulier et au long cours de l'enfant, d'assurer son rôle privilégié de pivot et de coordonnateur de ces soins dans lesquels il joue un rôle majeur, du fait de ses fonctions, à chaque étape : repérage et dépistage, établissement du diagnostic, initiation et surtout suivi de la prise en charge.

## V. CONCLUSION

Compte tenu des conséquences potentielles des troubles de l'évolution du langage chez l'enfant, une prise en charge adaptée est nécessaire mais la problématique est complexe. Le « médecin traitant » de l'enfant, généraliste ou pédiatre, occupe une place centrale dans cette démarche en tant qu'interlocuteur privilégié des familles et du fait de sa vision globale du patient ambulatoire : il devrait donc pouvoir assurer son rôle de « chef d'orchestre des soins ». Nous avons cependant pu mettre en évidence des difficultés pour les praticiens à différents niveaux.

Le repérage est une première étape cruciale nécessitant des notions théoriques minimales de la part des médecins, qui peuvent parfois se révéler insuffisantes. Néanmoins, ces derniers peuvent également s'appuyer dans ce domaine sur les professionnels du milieu scolaire ou encore les familles elles-mêmes qui peuvent dans certains cas donner l'alerte. De même, une connaissance minimale des circuits de prise en charge existants, des interlocuteurs et structures auxquels il est possible de faire appel est indispensable afin d'éviter tout retard de soins.

Le travail en réseau, multidisciplinaire, au sein duquel les professionnels impliqués partagent leur expertise, est ainsi un atout sérieux. Le praticien de soins primaires devrait alors se placer comme interface indispensable entre la famille en demande de soins et un système de plus en plus complexe.

## Bibliographie

---

- 1- Société Française de Pédiatrie. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant : guide pratique. Mars 2007. Disponible à l'adresse : [http://www.ac-spm.fr/IMG/pdf/guide\\_pratique\\_troubles\\_du\\_langage\\_mars\\_2007.pdf](http://www.ac-spm.fr/IMG/pdf/guide_pratique_troubles_du_langage_mars_2007.pdf).
- 2- Vaivre-Douret L. Les troubles d'apprentissage chez l'enfant : un problème de santé publique ? ADSP. Mars 1999 ;26 :27.
- 3- Scarborough HS, Dobrich W. Development of children with early language delay. J Speech Hear Res. 1990 Mar;33(1):70-83.
- 4- Silva PA, Williams S, McGee R. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three : later intelligence, reading and behavior problems. Dev Med Child Neurol. 1987 Oct;29(5):630-40.
- 5- Menyuk P, Chesnick M, Liebergott JW et al. Predicting reading problems in at-risk children. J Speech Hear Res. 1991 Aug;34(4):893-903.
- 6- Gross-Tsur V, Manor O, Shalev RS. Developmental dyscalculia: prevalence and demographic features. Dev Med Child Neurol. 1996 Jan;38(1):25-33.
- 7- Einarsdottir J, Bjornsdottir A, Simonardottir I. The predictive value of preschool language assessments on academic achievement: a 10-year longitudinal study of Icelandic children. Am J Speech Lang Pathol. 2015 Nov. doi:10.1044/2015\_AJSLP-14-0184. [Epub ahead of print]
- 8- Delahaie M, Tichet J, Gillet P et al. Dyslexie développementale et illettrisme. Quels marqueurs ? ANAE. 2000 ;57 :43-49.
- 9- Conseil d'Orientation pour l'Emploi. Rapport « Illettrisme et Emploi ». 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.cnle.gouv.fr/Adoption-du-rapport-Illettrisme-et.html>.
- 10- Guillaud-Bataille JM, Casanova M, Moulinier MC et al. Troubles du comportement social et du langage : prévalence et association chez l'enfant de 4 à 5 ans en milieu scolaire. Neurop psychiatr Enfanc Adolesc 2001 Sep ;49:397-403.
- 11- Brownlie EB, Bao L, Beitchman J. Childhood language disorder and social anxiety in early adulthood. J Abnorm Child Psychol. 2015 Nov. doi 10.1007/s10802-015-0097-5 [Epub ahead of print].

- 12- Beitchman J, Wilson B, Johnson CJ et al. Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children : psychiatric outcome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Jan;40(1):75-82.
- 13- Nicola K, Watter P. Health-related quality of life from the perspective of children with severe specific language impairment. Health Qual Life Outcomes. 2015;13:127.
- 14- Vallée L, Dellatolas G. Ministères chargés de l'Education nationale et de la Santé. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Octobre 2005. Disponible à l'adresse : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/06.reco\\_outils\\_rep.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/06.reco_outils_rep.pdf).
- 15- Ringard JC, Weber F. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Mars 2001. Disponible à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plandysl.pdf>
- 16- ANAES. L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Mai 2001.
- 17- HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Septembre 2005.
- 18- Bauche P, Beley G. Le pédiatre et les difficultés scolaires : résultats d'une enquête chez les pédiatres ambulatoires. Arch Pediatr 1996 ;3(1) :34-36.
- 19- Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>.
- 20- Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Pays-de-Loire : situation en 2013. Disponible à l'adresse : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays\\_de\\_la\\_loire\\_2013\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf).
- 21- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2014. Disponible à l'adresse : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf).
- 22- Union des Médecins Libéraux des Pays de Loire. Etude sur l'état des lieux des pratiques pédiatriques libérales en Pays de la Loire. Novembre 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/Etudes%20et%20actions/Organisation%20territoriale%20de%20la%20profession/Synthese%20etude%20pediatre%20site.pdf>.

- 23- Article 59 I de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, 5 mars 2002, p4118. Disponible à l'adresse : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>.
- 24- Amiard S. Les troubles spécifiques des apprentissages chez l'enfant : étude descriptive de leur prise en charge par les médecins du bassin chambérien. Difficultés rencontrées et intérêt de la création d'un réseau en Savoie. Thèse de Médecine, faculté de médecine de Grenoble, décembre 2009.
- 25- Ministère de la Santé et des Solidarités. Carnet de santé en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. Disponible à l'adresse : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante.pdf).
- 26- Direction générale de la Santé. Evaluation du carnet de santé n°CERFA12593\*01. Juillet 2010. Disponible à l'adresse : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sur\\_l\\_evaluation\\_du\\_carnet\\_de\\_sante\\_de\\_l\\_enfant\\_aupres\\_d\\_es\\_professionnels.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_d_es_professionnels.pdf).
- 27- Callu D, Jacquier-Roux M, Cusin F et al. Pertinence du repérage par les parents des retards de langage chez l'enfant entre quatre et six ans. Arch Pediatr 2003 ;10(12) :1061-1067.
- 28- Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E et al. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats. Drees. 2012. n°797,8p.
- 29- ANAES. Indications de l'orthophonie dans les troubles du langage écrit chez l'enfant. Septembre 1997.
- 30- Bureau M, Genton P, Dravet C et al. Les syndromes épileptiques de l'enfant et de l'adolescent. John Libbey Eurotest, 2013. ISBN 2742011226.
- 31- Cantwell DP, Baker L. Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorder. American Psychiatric publishing, 1991. ISBN 0880483571.
- 32- Cohen NJ, Davine M, Horodezky N et al. Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children : prevalence and language behavioral characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993 May;32(3):595-603.
- 33- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O 1 n° 2001-209 du 4 mai 2001 relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit. Disponible à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-20/a0201307.htm>.
- 34- INPES. Les centres référents. Disponible à l'adresse : [http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/troubles\\_langage/pres\\_centres.asp](http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/troubles_langage/pres_centres.asp).

- 35- APHP. Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages Hôpital Raymond Poincaré. Disponible à l'adresse : <http://langage-apprentissages.aphp.fr/le-reseau/reseau-national/>.
- 36- Billard C. Troubles des apprentissages du langage oral et écrit. Le Concours Médical, décembre 2014, n°10, tome 136, p777-807.
- 37- Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Parcours de soins des enfants et des adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages. 2013. Disponible à l'adresse : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours\\_de\\_soins\\_des\\_enfants\\_atteints\\_de\\_troubles\\_des\\_apprentissages.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_troubles_des_apprentissages.pdf).
- 38- Thurin JM. La FMC a-t-elle une influence sur la pratique médicale ? Psychiatrie française 2000 ;31(1) :117-132.
- 39- Adamowicz I. Evaluation de l'impact d'une formation de médecins généralistes à l'utilisation de l'outil ERTL4 sur les pratiques de repérage des Troubles du Langage Oral. Thèse de Médecine, faculté de médecine de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, octobre 2013.
- 40- Rutz W, Walinder J, Eberhard G et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland : background and evaluation. Acta Psychiatr Scand 1989 Jan;79(1):19-26.
- 41- Article L541-1 modifié par la loi n°2013-595 du 8 juillet 2013. Code de l'éducation. Disponible à l'adresse : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006525143&cidTexte=LEGITEXT000006071191>.

# Table des matières

---

<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>12</b>
<b>I- Introduction.....</b>	<b>12</b>
1. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant : un problème varié et fréquent.....	13
2. Les troubles du langage : des conséquences multiples.....	13
3. Un enjeu de santé publique.....	15
4. Place des médecins : un rôle à différents niveaux.....	15
5. Contexte et objectifs de l'étude.....	16
<b>II- Matériel et méthodes.....</b>	<b>17</b>
1. Matériel.....	17
A. Population étudiée.....	17
B. Critères d'exclusion.....	17
C. Sélection de la population.....	18
2. Méthodes.....	18
A. Réalisation du questionnaire.....	18
B. Envoi des questionnaires.....	18
C. Analyses des réponses et des données.....	19
<b>III- Résultats.....</b>	<b>21</b>
1. Description de la population étudiée.....	21
A. Réception des questionnaires.....	21
B. Caractéristiques de la population.....	22
C. Etude de la représentativité de l'échantillon.....	24
2. Les troubles du langage en théorie : connaissances des praticiens.....	25
A. Les étapes de développement du langage et signes d'appel.....	25
B. En consultation : les praticiens face aux troubles du langage.....	26
3. Du dépistage à la prise en charge des troubles.....	27
A. L'utilisation des tests de repérage et de dépistage.....	27
B. L'organisation du bilan et le recours à d'autres professionnels de santé.....	28
C. Les praticiens et les centres régionaux de référence du langage.....	30
4. Un souhait de formation complémentaire ?.....	30
5. Ajustement des résultats.....	31
<b>IV- Discussion.....</b>	<b>32</b>
1. Forces et limites de l'étude.....	32

A. Forces de notre travail.....	32
1) Respect des objectifs.....	32
2) Population étudiée : caractéristiques et représentativité de l'échantillon.....	33
B. Les limites de l'étude.....	33
<b>2. Des connaissances variables mais un intérêt certain pour le langage de l'enfant.....</b>	<b>34</b>
A. Les troubles du langage en théorie : des connaissances parfois manquantes.....	34
B. Un intérêt partagé par les familles et les professionnels de santé.....	35
<b>3. La confirmation des troubles et ses obstacles.....</b>	<b>36</b>
<b>4. Etablir le diagnostic : un bilan orienté par la clinique.....</b>	<b>37</b>
A. Le bilan orthophonique : un premier temps capital pour évaluer les compétences langagières.....	37
B. Des ressources multiples.....	37
<b>5. Les centres régionaux de référence du langage : des structures dédiées.....</b>	<b>38</b>
<b>6. Une volonté constante de se former.....</b>	<b>40</b>
<b>7. Une alternative proposée pour améliorer la prise en charge : le travail en réseau...40</b>	
<b>V- Conclusion.....</b>	<b>42</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>43</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>47</b>
<b>Table des figures et tableaux.....</b>	<b>49</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>50</b>

## Liste des figures et tableaux

---

### Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Spirale de l'échec chez les enfants présentant des troubles des apprentissages.....	14
<b>Figure 2</b> : Diagramme de flux.....	21
<b>Figure 3</b> : Dépistage des troubles du langage par les 60 praticiens répondants.....	25
<b>Figure 4</b> : Troubles du langage chez l'enfant : expression de la plainte parentale auprès des 60 médecins répondants.....	26
<b>Figure 5</b> : Nombre de tests de repérage et dépistage de troubles du langage connus par les 60 praticiens répondants.....	27
<b>Figure 6</b> : Habitudes de prescription de bilan orthophonique par les 59 praticiens répondants.....	28
<b>Figure 7</b> : Localisation des Centres de Références des Troubles du Langage et des Apprentissages chez l'enfant en France.....	39

### Liste des tableaux

<b>Tableau I</b> : Caractéristiques des 61 praticiens interrogés (37 médecins généralistes et 24 pédiatres).....	22
<b>Tableau II</b> : Connaissances théoriques des 61 praticiens répondants à propos du langage chez l'enfant.....	25
<b>Tableau III</b> : Tests de repérage et dépistage des troubles du langage à disposition au cabinet des 29 médecins répondants.....	28
<b>Tableau IV</b> : Réalisation du bilan diagnostique des troubles du langage chez l'enfant par les praticiens.....	29

### ANNEXE 1 : AXES PRIORITAIRES

Selon le Plan d'Action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.

F.Veber et J.Ringard. Mars 2001 (15)

#### AXES PRIORITAIRES :

##### Axe prioritaire n° 1 : Mieux prévenir dès l'école maternelle

A1 – Intégrer et prendre en compte, dans l'élaboration des nouveaux programmes de l'école primaire, des recommandations relatives à la différenciation pédagogique, aux objectifs d'apprentissage de la langue orale et à l'évaluation des compétences des élèves (en particulier en maternelle).

A2 – Elaborer nationalement et diffuser aux maîtres des outils d'évaluation pour le langage oral et l'entrée dans le langage écrit en grande section et en C.P. Enrichir les protocoles nationaux d'évaluation en CE2 et en 6<sup>ème</sup> d'exercices nombreux et variés leur permettant avec les membres des RASED de repérer plus précisément des difficultés et troubles du langage oral et écrit.

##### Axe prioritaire n° 2 : Mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble du langage oral et écrit :

A3 – Créer une commission interministérielle d'experts français et européens francophones sous tutelle interministérielle chargée de recommander aux différents professionnels de l'enfance des tests de dépistage et des outils de diagnostic ainsi que des indications de pratiques d'utilisation et d'interprétation des données.

*d'informations fournies par l'enseignant, la famille, les membres des RASED.*

A4 – Organiser un dépistage des troubles du langage par les médecins des services de PMI à 3-4 ans et par les médecins de l'éducation nationale à 5-6 ans à partir de batteries de tests pour chaque âge nationalement recommandés et en tenant compte

A5 – Donner des recommandations aux IA-DSDEN afin qu'ils élaborent avec les Présidents des Conseils Généraux une convention cadre, dans chaque département, précisant les modalités d'intervention et de collaboration des équipes de PMI, des médecins de l'Education Nationale, des RASED, des enseignants et des autres professionnels de santé.

A6 – Faire évoluer le bilan obligatoire de santé dès la 6<sup>ème</sup> année à la fois afin qu'il soit clairement un moyen d'explorer les capacités langagières des enfants et qu'il puisse conduire à

*un échange entre la famille, les professionnels de santé et les professionnels de l'enseignement.*

A7 – Identifier et promouvoir dans les centres hospitaliers universitaires des centres référents, formés d'équipes pluridisciplinaires permettant d'élaborer des diagnostics précis, de proposer des modes de prise en charge et d'envisager des études ou des recherches sur l'évaluation de ces prises en charge.

A8 – Donner des recommandations aux DDASS afin qu'elles identifient, au sein de chaque département, un réseau de professionnels de santé libéraux compétents pour l'élaboration des diagnostics et le suivi des prises en charge en lien avec les centres référents précités.

### Axe prioritaire n° 3 : Mieux prendre en charge :

A9 – Développer en milieu scolaire ordinaire des dispositifs collectifs de scolarisation pour les enfants présentant des troubles du langage moyens et sévères au niveau du 1<sup>er</sup> degré et au niveau du 2<sup>nd</sup> degré structurés autour d'un projet pédagogique précis.

A12 – Donner des consignes aux commissions spécialisées relativement à l'évaluation des besoins des jeunes porteurs de troubles du langage et à l'usage du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées.

A10 – Aménager les conditions de passation des examens tout en assurant le respect de l'anonymat et la valeur des diplômes (DNB, CAP/BEP, CFG, Baccalauréat et examens de l'enseignement supérieur).

A13 – Saisir le Haut Comité Médical de la sécurité sociale afin d'étudier la possibilité de reconnaître les troubles sévères du langage au titre des affections de longue durée.

A11 – Réévaluer les dispositifs médico social et sanitaire concernés pour mieux définir leur rôle dans les réponses à proposer aux enfants porteurs de troubles du langage, tant en matière qualitative et quantitative, pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge (CAMSP – CMPP – établissement spécialisé médico-social, maison d'enfant à caractère sanitaire), en s'appuyant sur une mission confiée à l'IGAS et à l'IGEN.

A14 – Elargir les prises en charge spécifiques en améliorant les possibilités de financement pour les enfants accueillis par les établissements ou suivis par les services d'éducation spéciale relevant des annexes XXIV du décret du 9 mars 1956, et pour les enfants suivis par les centres (CMPP – CAMSP) relevant des annexes XXXII et XXXII bis du décret du 9 mars 1956.

### Axe prioritaire n° 4 : Mieux informer, former et rechercher :

A15 – Elaborer un plan de communication vis à vis du public et des professionnels éducatifs, sanitaires et sociaux sur l'existence de ces troubles, leur prévalence, les indicateurs et les outils permettant de les repérer, ainsi que sur les possibilités de prise en charge.

A17 – Intégrer à la formation initiale des enseignants du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>nd</sup> degrés (dans le cadre de la maîtrise des langages et quelle que soit la discipline), un module sur les troubles spécifiques du langage (information sur le repérage des signes d'alerte et les prises en charge spécialisées, formation aux réponses pédagogiques diversifiées nécessaires).

A16 – Constituer un vivier de formateurs tant dans le domaine de l'enseignement que dans celui de la santé, en utilisant en particulier les groupes de recherche universitaires déjà engagés sur ces problématiques.

A18 – Conforter dans la formation initiale spécialisée des enseignants spécialisés, option E, F, G, la prise en compte des difficultés d'apprentissage du langage oral et écrit et les connaissances concernant les troubles spécifiques du langage en insistant notamment sur les aspects didactiques et pédagogiques. Rédiger des préconisations à l'intention des centres de préparation des psychologues scolaires pour renforcer dans leur formation l'approche des troubles spécifiques du langage.

A19 – Donner des recommandations aux Recteurs quant à l'élaboration des plans académiques de formation continue, permettant un accroissement des offres de formation 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré et pluricatégorielles (enseignement et santé) sur l'apprentissage du langage (maîtrise, difficultés, troubles, remédiations).

A20 – Développer un pôle de ressources, de formation et de recherche en lien avec l'Université et les centres hospitaliers universitaires dans le cadre de la réactualisation des missions du CNEFEI de Suresnes.

A21 – *Faire évoluer la formation initiale des médecins (sensibilisation au cours du second cycle des études, formation professionnalisante au cours du troisième cycle) afin d'améliorer leurs compétences sur les troubles du langage.*

A22 – *Réactualiser le cahier des charges du programme de formation initiale des orthophonistes afin notamment de développer les pratiques de recherche et d'évaluation en orthophonie et étudier la possibilité d'augmenter le nombre des orthophonistes formés.*

A23 – *Intensifier la formation continue des professionnels de santé en accord avec la commission nationale d'agrément des formations (pour les médecins) et la fédération nationale des orthophonistes.*

A24 – Inciter le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) à financer des actions concourant à l'évaluation des pratiques d'orthophonie.

A25 – *Lancer des appels d'offres de recherche appliquée en lien entre le Ministère de l'Education Nationale et celui de la Recherche, notamment sur les stratégies pédagogiques et sur les contenus didactiques.*

A26 – *Développer des programmes de recherche clinique, notamment dans le domaine de l'évaluation des pratiques de soins et des études épidémiologiques.*

#### Axe prioritaire n° 5 : Assurer le suivi du plan d'action :

A27 - Créer un comité interministériel de suivi sur une durée limitée de fonctionnement et donner des recommandations aux commissions départementales Handiscol afin qu'elles élaborent sur ce type de trouble un schéma départemental de scolarisation et de prise en charge.

A28 - Rédiger une circulaire interministérielle à l'adresse de l'ensemble des professionnels de l'enseignement et de santé et précisant les objectifs du plan d'action et les mesures principales.

## ANNEXE 2 : SIGNES D'APPEL DES TROUBLES DU LANGAGE

D'après : Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique.

Société Française de Pédiatrie Mars 2007 (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, ...). D�ficiency 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, ...). D�ficiency 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. Retard de langage. D�ficiency intellectuelle. Troubles envahissants du développement (autisme, ...).
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.	
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.	
	H�siste 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. D�ficiency intellectuelle. Retard de parole. Dysphasie.
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 �v�nements simples et récents. Simplifie des mots, ce qui le rend peu intelligible.	
	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. D�ficiency 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. D�ficiency intellectuelle. Troubles visuels et auditifs.
À partir du CE2	Ne maîtrise pas la lecture et/ou l'écriture.	Dyslexie. Dysorthographe.

## ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS

### Questionnaire sur la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant

- 1) Vous êtes :  
 Un homme                       Une femme
  
- 2) Votre tranche d'âge :  
 < 30 ans                       30 à 44 ans                       45 à 59 ans                       > 60 ans
  
- 3) Vous êtes :  
 Médecin généraliste                       Pédiatre  
 Diplôme(s)/Formation(s) complémentaire(s) : .....
  
- 4) Votre ville d'exercice : .....
  
- 5) Vous exercez depuis :  < 5 ans                       5 à 10 ans                       > 10 ans
  
- 6) Votre activité intègre (plusieurs réponses possibles) :  
 Activité libérale en cabinet  
 Activité hospitalière → Si oui, détail (nom du centre hospitalier, service) :  
 Gardes hospitalières → Si oui, détail (urgences adultes, urgences pédiatriques...) :  
 Exercice en PMI  
 Exercice en milieu scolaire  
 Autre : .....
  
- Vous êtes pédiatre : passez à la question 8.*
- 7) Vous êtes médecin généraliste : quelle est la proportion d'enfants dans votre patientèle ?  
Enfants (<18 ans) : ..... %
  
- 8) Quelle est la répartition, selon l'âge, des enfants que vous suivez ?  
< 2 ans : .....%                      2-5 ans : .....%                      5-10 ans : .....%                      > 10 ans : .....%
  
- 9) Concernant les étapes du développement du langage chez l'enfant, vous vous sentez :  
 Tout à fait à l'aise                       Plutôt à l'aise                       Peu à l'aise                       Pas du tout à l'aise
  
- 10) Concernant la connaissance des signes d'appel de troubles du langage chez l'enfant selon l'âge, vous vous sentez :  
 Tout à fait à l'aise                       Plutôt à l'aise                       Peu à l'aise                       Pas du tout à l'aise

11) Concernant le dépistage des troubles du langage chez l'enfant, vous en recherchez des signes d'appel :

- Systématiquement (à chaque consultation d'enfant)       Souvent (> 1fois/semaine d'exercice)  
 Parfois (>1fois/mois d'exercice)       Rarement (<1 fois/mois d'exercice)       Jamais

12) Les troubles du langage vus par les parents. Est-ce une plainte à laquelle vous êtes confronté :

- Souvent (> 1 fois par semaine d'exercice)       Parfois (>1fois par mois)       Occasionnellement (plusieurs fois par an)  
 Rarement (< 1fois/an)

Pour les enfants scolarisés venant vous consulter, recherchez-vous des difficultés scolaires :

- >1fois/année scolaire       1 fois/année scolaire       <1fois par année scolaire  
 Jamais

13) Pour les enfants scolarisés venant vous consulter, recherchez-vous des difficultés scolaires :

- >1fois/année scolaire       1 fois/année scolaire       <1fois par année scolaire  
 Jamais

14) Les tests de dépistage des troubles du langage : vous en connaissez :

- 0       1       2       3 et plus

15) En consultation, utilisez-vous ces tests :

- Souvent (>1fois/mois)       Parfois (plusieurs fois/an)       Rarement (<1fois/an)       Jamais

16) Quels tests avez-vous à votre disposition à votre cabinet ?

- DPL 3       ERTL4       ERTLA6       BREV  
 EDA       Autres, détaillez :

17) Avez-vous l'habitude de réaliser des prescriptions de bilan orthophonique :

- Régulièrement (>1fois/mois)       Parfois (plusieurs fois par an)       Rarement (<1fois/an)  
 Jamais

18) En cas de suspicion de troubles du langage, à quels professionnels de santé faites-vous appel en première intention (2 réponses)?

- Neuropédiatre  
 Psychomotricien(ne)  
 Oto-rhino-laryngologiste  
 Généticien  
 Pédopsychiatre  
 Psychologue

19) Demandez-vous des examens complémentaires ?

- Systématiquement       Souvent       Parfois       Rarement       Jamais (= passez à la question 21)

20) Si oui, lesquels ?

- Bilan neuropsychologique

Imagerie cérébrale

EEG

Autres : (détailler)

1

21) Connaissez-vous l'existence de centres régionaux de référence des troubles du langage chez l'enfant ?

Oui             Non

22) Si oui, avez-vous déjà orienté une famille vers un de ces centres ?

Oui             Non

23) Avez-vous déjà suivi une formation portant sur les troubles du langage chez l'enfant ?

Oui, laquelle ? .....  Non

24) Souhaiteriez-vous recevoir une formation complémentaire sur la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant ?

Oui             Non

25) Commentaires libres :

*Merci*

Rapport-Gratuit.com

## ANNEXE 6 : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT JOINTE AU QUESTIONNAIRE

Pauline Guillerm  
2 Xxx XXXXXXXXX  
49 000 ANGERS  
Tél : 06.XX.XX.XX.XX  
Email : pxxxxxxx@xxxxxxxxxx

Angers, le 24 Août 2014

Chers futurs confrères,

Je suis interne en pédiatrie à la faculté de médecine d'Angers, actuellement en 6<sup>ème</sup> semestre et je prépare ma thèse, sous la direction du Pr Jean-Louis Giniès (puis du Dr Françoise Troussier à son départ), pédiatres au CHU d'Angers.

Je souhaite réaliser un état des lieux de la prise en charge des troubles du langage chez l'enfant en médecine de ville, dans le Maine et Loire et la Sarthe.

Pour ce faire, j'ai besoin de votre participation en remplissant, de manière anonyme, le questionnaire joint à cette lettre, qui ne nécessite que quelques minutes de votre attention.

Vous pourrez me le faire parvenir une fois rempli par courrier en utilisant l'enveloppe timbrée fournie. Si vous souhaitez recevoir ce questionnaire en version numérique et me le renvoyer par mail, vous pouvez m'écrire à l'adresse suivante : [xxxxxxxx@xxxxx.xxx](mailto:xxxxxxxx@xxxxx.xxx)

Je vous remercie chaleureusement pour votre aide.

NB : N'hésitez pas à me contacter si vous souhaitez des informations complémentaires.

Pauline Guillerm (Interne)

Pr Jean-Louis Giniès

